

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Departamento de Didáctica y Organización Escolar



TESIS DOCTORAL

Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la Comunidad Autónoma de Madrid.
El sistema de comunicación entre la intervención sanitaria y la psicopedagógica en el tratamiento temprano de la deficiencia y los casos de alto riesgo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Teresa Andreu Hernández

Directores

Pilar Gútiez Cuevas
Mercedes Valle Trapero

Madrid

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR
FACULTAD DE EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TESIS DOCTORAL

**COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN EL
ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

*El sistema de comunicación entre la intervención sanitaria
y la psicopedagógica en el tratamiento temprano de la deficiencia
y los casos de alto riesgo*



DOCTORANDA: M^a Teresa Andreu Hernández

DIRECTORA: Pilar Gútierez Cuevas

CODIRECTORA: Mercedes Valle Trapero

Madrid, 1994-1997

*Una cosa es tu renuncia voluntaria a parte de tus necesidades, otra muy distinta
es la obligada renuncia de los demás cuando tú eres parte de la suyas.
A todos ellos, mi dedicación más especial.*

AGRADACIMIENTOS

A la ayuda de la Fundación Santa María durante los tres años de elaboración de esta Tesis Doctoral.

A la colaboración de la Sección de Centros y Orientación del Área de Educación Infantil de la Consejería de Educación y Cultura de la CAM y del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos de Madrid.

A los Servicios Hospitalarios de Neuropediatría y Neonatología, a los Servicios Sociales, concretamente a los Centros de Atención Temprana y a los Servicios Educativos de Educación Infantil de la Comunidad Autónoma de Madrid que voluntariamente han participado en el estudio.

A la Asociación de Padres y Amigos de Niños Subdotados de Alcorcón, A.P.A.N.S.A., por el decisivo papel que desempeñó en el origen del tema de la investigación.

A la confianza y apoyo incondicional de compañeros, amigos y familiares, en especial de mi hermano, sin cuya ayuda nunca hubiera alcanzado este momento.

Y mi agradecimiento más entrañable a quienes día a día le han ido dando el verdadero sentido a mi trabajo, quizás de la forma más inconsciente, pero a la vez de la más enriquecedora y gratificante: José Luis, Carla, Fran, Jorge, Tania, Daniel, Sergio, Manuel, Mario, Fernando, Belén, Álvaro, Ana, Antonio, David, Leticia, Pablo, Tania, Borja, Erika, Laura, Francisco, Francisco José y Alexander.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

<u>1ª PARTE: Tema de Investigación</u>	1
Capítulo 1: <u>Objeto de estudio</u>	2
Capítulo 2: <u>Problema de investigación</u>	18
1. Contextualización del área problemática	18
2. Identificación	41
3. Formulación	59
Capítulo 3: <u>Estrategia de resolución</u>	60
1. Naturaleza de la investigación	60
2. Hipótesis sustantivas	61
3. Elementos objeto de estudio	63
4. Procedimiento	66
<i>Referencias bibliográficas</i>	68

<u>2ª PARTE: Marco Teórico</u>	71
<u>Capítulo 4: Análisis terminológico y conceptual de la A.T.</u>	72
1. Introducción	72
2. ¿Qué entendemos hoy día por Atención Temprana?	74
3. El usuario de la Atención Temprana	123
4. Lugar de la A.T. dentro del tratamiento general de la minusvalía	127
<u>Capítulo 5: Justificación teórica de la necesidad de coordinación interinstitucional</u>	131
1. Cuadro esquemático del supuesto teórico	132
2. Base científica de la A.T., disciplinas implicadas y aportación específica	133
3. La interdependencia disciplinar en el campo de la A.T.	280
4. Conclusión: verificación del supuesto teórico	287
<u>Capítulo 6: Justificación práctica de la necesidad de coordinación interinstitucional</u>	291
1. Cuadro esquemático del supuesto práctico	291
2. La Atención Temprana en el marco internacional	292
3. La Atención Temprana en el marco nacional	348
4. La Atención Temprana en el marco de la Comunidad de Madrid	403

5. Conclusión: verificación del supuesto práctico	430
<i>Anexos</i>	433
<i>Referencias bibliográficas</i>	442
<u>3ª PARTE: Marco de Contratación Empírica</u>	457
Capítulo 7: <u>Base metodológica</u>	458
1. Tratamiento de variables e hipótesis	458
2. Proceso de selección de la muestra	460
3. Naturaleza de los instrumentos de medida	467
4. Proceso de recogida de datos	469
5. Proceso de análisis de datos	471
Capítulo 8: <u>Operativización de variables</u>	472
1. Marco contextual	472
2. Operativización	493
Capítulo 9: <u>Operativización de hipótesis</u>	518
1. Proceso de operativización a partir de la hipótesis sustantiva	518
2. Formulación de hipótesis operativas	523

Capítulo 10: <u>Estudio de campo</u>	528
1. Muestra	528
2. Instrumentos de medida	539
3. Recogida de datos	550
4. Análisis de datos	556
Capítulo 11: <u>Resultados</u>	657
1. Resultados más significativos a partir de los datos obtenidos	657
2. Resultados en base a las hipótesis planteadas	682
<i>Anexos</i>	719
<i>Referencias bibliográficas</i>	773
<u>4ª PARTE: Conclusión y Posibles Líneas de Actuación</u>	775
Capítulo 12: <u>Conclusión y posibles líneas de actuación</u>	776
1. Respuesta al problema de investigación	776
2. Conclusiones más destacadas a partir de los resultados obtenidos	778
3. Posibles líneas de actuación a partir de los resultados obtenidos	785

1ª PARTE

TEMA DE INVESTIGACIÓN

- OBJETO DE ESTUDIO

- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- TRATAMIENTO METODOLÓGICO

Referencias Bibliográficas

CAPÍTULO 1

OBJETO DE ESTUDIO

La Atención Temprana ha ido imponiéndose gradualmente en el tratamiento de las deficiencias en su primer momento de aparición o ante una situación de riesgo frente a la misma a lo largo de los últimos años, adquiriendo así un fuerte carácter, no sólo asistencial, sino preventivo. Las expectativas abiertas son importantes si tenemos en cuenta las posibilidades que ello ofrece de cara a evitar la discapacidad o, al menos, a la reducción de los efectos de la misma, tanto sobre el propio individuo que la padece, o corre el riesgo de padecerla, como sobre los sujetos que le rodean, entorno familiar y social.

LA INVESTIGACIÓN DURANTE LA DÉCADA DE LOS 70 Y PRINCIPIOS DE LOS 80 EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Podemos considerar la década de los 70 como el tiempo, no tanto del origen, como de la conformación, desarrollo y consolidación teórica de la Atención Temprana, a partir de la cual asumirá la identidad con la que hoy cuenta. A lo largo de los años 70 y principios de los 80 (mediados y finales años 80 en España) tiene lugar una intensa y fructífera labor de investigación en todo lo concerniente a la Intervención Temprana y sus efectos sobre el individuo (comportamiento/conductas, funciones intelectuales, sociales..., estructura orgánica) a corto y largo plazo.

El objetivo común a todas y cada una de estas investigaciones lo encontramos en el intento de dar respuesta a una pregunta clave: *¿cuáles son los efectos del ambiente sobre los procesos externos e internos del individuo al que se le ha detectado una*

deficiencia durante los primeros años de vida o cuando existe un alto riesgo de padecerla, así como los efectos que dicha deficiencia provoca en las personas que le rodean, tanto a corto (primera infancia) como a largo plazo (años posteriores)?.

Esta cuestión comienza a provocar un gran interés a partir de la aparición, en 1961, del libro de J.Hunt, *Inteligencia y Experiencia*¹, donde se enfatiza la importancia del ambiente sobre el organismo, en claro detrimento de la genética, alcanzando un gran auge a partir de 1975, cuando Sameroff y Chandler² proponen una nueva alternativa al dilema ambiente/genética, la alternativa de la **Interacción organismo-ambiente**. La apuesta de Sameroff³ al respecto fue contundente, para él el conocimiento de las limitaciones genéticas, con la aceptación de que el potencial orgánico de desarrollo puede ser reducido o aumentado por las variables ambientales, acabaría generando un número de argumentos teóricos poderosos para avalar la Intervención Temprana.

Las posibilidades que el medio ofrece al desarrollo neuropsíquico del niño desde la más temprana edad, han sido abordadas a lo largo de estos años desde diferentes disciplinas, algo lógico y normal, si tenemos en cuenta la distinta naturaleza de las variables y dimensiones internas al sujeto que pueden ser sometidas a estudio en la resolución de dicho planteamiento. La amplia gama de estudios emprendidos en la consecución de respuestas a esta cuestión, de forma más o menos directa, los podemos agrupar de la siguiente manera:

Desde la Psicología del Desarrollo

La mayoría de estudios realizados están apoyados y argumentados en una labor emprendida durante los años 50 y 60 en torno al desarrollo temprano y sus implicaciones para el individuo; labor que comienza a ser revisada, e intensamente

¹ Hunt (1961) *Intelligence and Experience*, New York: Ronald Press

² Sameroff, A. y Chandler, M. (1975) "Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Casuality"/ En HOROWITZ, F. Y Otros. *Review of Children Developmental Research* (Vol.4), Chicago: University of Chicago Press.

³ Sameroff, A. (1982) "The Environmental Context of Developmental Disabilities/ En BRICKER, D. (Ed.), *Intervention with at-risk and Handicapped Infants: From research to Application*, Baltimore: University Park Press

complementada a lo largo de esta época, década de los 70 y principios de los 80, en manos de una extensa gama de autores ⁴ , cuyo principal objetivo estribó en una labor basada principalmente en:

- La consecución de un mayor conocimiento de los procesos que transcurren durante los primeros años de vida, la llamada primera infancia; procesos básicamente de desarrollo del individuo, ya que es en esta etapa donde tiene lugar el proceso de desarrollo más relevante de la vida del ser humano, constituyéndose así la base de la capacitación futura:

¿Cuáles son las etapas de desarrollo en estos años?/ ¿cuáles son las áreas de desarrollo?/ ¿cuál es el proceso normal y patológico del desarrollo infantil?/ ¿cómo evaluar o valorar este proceso?.

- Consecución de un mayor conocimiento de los efectos del ambiente sobre este proceso de desarrollo de los primeros años de vida del individuo:

¿Cuál es la influencia de las diferentes variables ambientales sobre este proceso?/ ¿Cuál es la influencia a corto plazo?/ ¿cuál es la influencia o trascendencia de estas variables ambientales a largo plazo sobre las funciones básicas del ser humano una vez superado el período de desarrollo?

Desde la Neurología

Al igual que desde la psicología del desarrollo, como reflejo de las inquietudes de un grupo de médicos ubicados tanto en el terreno de la pediatría, como en el de la psiquiatría infantil o la neurología pediátrica⁵ , comienzan una extensa labor desde principios de siglo destinada a profundizar en el conocimiento del desarrollo neurológico en edades tempranas. Tarea que ya a mediados de siglo comienza a

⁴ Ajuriaguerra, Anna-Freud, Bayley, Bluma Bower, Bowlby, Brunet, Catell, Cohen, Coriat, Debesse, Flavell, Gardner, Gessell, Gibson, Graham, Greenfield, Griffiths, Harris, Hellbrügge, Illingworth, Knobloch, Koupemik, Iescure, Levovici, Lewis, Lezine, Melannie Klein, Newborg, Otto Rank, Piaget, Secada, Schaffer, Spitz, Stambak, Tanner, Terman, Thompson, Uzgis, Wallon, Watson, Winnicott, White, Wolff, Zazzo, entre muchos otros

⁵ Amiel-Tison, Brazelton, Bobath, Campos Castelló, Dierssen, Dobler, Dubowitz, Fadón, Flehmig, Grenough, Katona, Kõng, Koupemick, Lamote de Grignon, Levi, Luria, Pechstein, Peiper, Precht, Riesen, Sant-Anne Dargassies, Scheller, Villa Elizaga, Villablanca, Votja, Woolsey, entre otros muchos

vislumbrarse, pero la que adquiere su mayor plenitud y difusión durante la década de los 70. El denominador común de todos estos estudios, el conocimiento del desarrollo neurológico que tiene lugar durante el primer periodo de la vida, da pie al origen de una especialidad dentro del campo neurológico, la *Neurología Evolutiva* (Lamote de Grignon, 1956), cuyo principal interés va a residir en:

- La consecución de un mayor conocimiento de los procesos neurológicos que transcurren en los primeros años de vida:

¿Cuál es la estructura neurológica del recién nacido?/ ¿cuál es el proceso de consolidación de la misma a lo largo de los primeros años de vida?/ ¿cuál es la relación de dicha estructura con el desarrollo de las funciones básicas del ser humano y sus conductas o comportamiento?/ ¿qué peculiaridades tiene dicha estructura en un nacimiento pretérmino o de bajo peso?/ ¿cuál es la evolución neurológica normal o patológica a lo largo de los primeros años?/ ¿cómo evaluar la normalidad o anormalidad de dicha evolución neurológica?.

- La consecución de un mayor conocimiento de los efectos del ambiente sobre los procesos y estructura neurológica durante la primera infancia:

¿Puede influir el ambiente sobre la estructura neurológica del niño durante sus primeros años de vida?/ ¿realmente podemos hablar de la existencia de cierta *plasticidad cerebral* durante el periodo más cercano al nacimiento?/ ¿cuáles son las variables ambientales que tienen una influencia más decisiva (positiva o negativa) sobre la estructura orgánica del sistema nervioso durante los primeros años?/ ¿cuál es la repercusión o alcance de dicha influencia, principalmente en una población, con lesión orgánica o alto riesgo, frente a agentes biológicos o ambientales?.

Desde la Intervención Psicopedagógica (Desarrollo y Evaluación de Programas de Intervención)

El precedente del intenso desarrollo y difusión de la evaluación de resultados de los programas de intervención temprana llevado a cabo durante esta época, lo encontramos en los ya clásicos estudios de Kirk en 1958 y Skeels, 1966. Está claro que pese a las limitaciones metodológicas de ambos estudios, su relevancia, al menos como pioneros en este campo, es indiscutible.

La principal preocupación radica en la demostración de la influencia que tiene la manipulación sistemática del ambiente sobre el individuo. En esta línea, existe una gran diversidad de estudios:

En función de la población sometida a los programas:

- Población con Síndrome de Down⁶
- Población con otras alteraciones biológicas distintas al Síndrome de Down⁷
- Población de alto riesgo de deficiencia, de origen orgánico⁸ y/o ambiental⁹

En función de las variables independientes incorporadas al estudio

Cuáles son los elementos del ambiente que interesa ver el efecto que producen.

En función de las condiciones ambientales propuestas

Tratamientos enfocados en el centro o en el hogar o de forma complementaria, la participación única del especialista, o bien la participación de los padres en mayor o menor grado.

⁶ Hayden y Haring, 1977; Ludlow y Allen, 1979; Aronson y Allen, 1979; Piper y Pess, 1980; Morgan, Russell y Richardson, 1980; Kysela, Hillyard, McDonald y Ahlster-Tyler, 1981

⁷ Fraiberg, 1975; Horton, 1976; Bricker y Down, 1980; Bricker y Sheehan, 1981; Soboloff, 1981; Simmons-Martin, 1981

⁸ Katz, 1971; Segall, 1972; Scarr-Salapatek y Williams, 1973; Povell, 1974; Komer y Col., 1975; Rice, 1977; Bromwich y Parmelee, 1979; Brown y Col., 1980; Field y Col., 1980; Rosenfield, 1980; Leib y Col., 1980; Minde y Col., 1980; Burns y Col., 1983

⁹ Fowler, 1975; Herber y Gaber, 1975; Madden, Levenstein y Levenstein, 1976; Ramey, Farran y Cambell, 1979; Hunt, 1980; Gray, Ramsey y Klaus, 1981; Kames, Schwedel, Lewis, Ratts y Esry, 1981; Ramey, McPhee y Yeates, 1983

En función de las variables dependientes incorporadas al estudio

Cuáles son los efectos que queremos estudiar a través de la influencia de las variables independientes propuestas. En alguna ocasión estas variables son determinados procesos internos de los sujetos, con un claro predominio del CI; a veces, quizás las menos frecuentes, la variable dependiente la constituyen diferentes dimensiones de los miembros que rodean al individuo, es decir la propia familia, como puede ser la calidad de vida de la misma o la interacción niño-familia.

En función de la metodología utilizada en el estudio

La que nos conduce a resultados de mayor o menor rigor científico y, por tanto, a resultados más o menos válidos, quedando la importancia y relevancia de la investigación a merced del tipo de diseño utilizado, diseños con una mayor o menor proximidad a los diseños experimentales.

Las conclusiones que se desprenden del conjunto de resultados obtenidos por esta primera etapa de investigación, tienen importantes consecuencias para nuestra década, los años 90; consecuencias que terminan dando paso a nuevos objetivos y perspectivas de investigación, tal y como vamos a comprobar seguidamente.

CONCLUSIONES PARA LOS AÑOS 90

La Atención Temprana:

1. Se constituye como una materia científica con entidad propia, avalada por todo un cuerpo teórico interdisciplinar que la justifica y guía a lo largo de su desarrollo presente y futuro.
2. Se presenta como una alternativa importante de cara a la eliminación o reducción de los efectos de la deficiencia, posibilitando así una mejora de la calidad de vida, tanto

para los individuos que la padecen o se encuentra en riesgo de padecerla, como para los miembros que le rodean, su medio familiar y social.

3. Se convierte en un importante mecanismo de prevención de futuros estados discapacitantes o minusvalías, asumiendo así un relevante papel dentro de las políticas sociales, sanitarias y educativas emprendidas por los distintos países.
4. Frente a la deprivación y deficiencia ambiental, se convierte en un importante mecanismo compensador, pasa a ser un elemento imprescindible en toda política educativa de carácter compensatorio.

LOS NUEVOS CAUCES DE LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Como hemos podido comprobar en la revisión de los estudios originarios de esta disciplina, la preocupación que estuvo presente de forma prioritaria en todos ellos fue la ya clásica cuestión: "*Atención Temprana: Sí/ No*"; el peso de los resultados han hecho, finalmente, inclinar la balanza hacia: "*Atención Temprana, Sí*". Ya nadie hoy pone en duda sus resultados en la prevención de minusvalías.

Se pone en marcha la traducción de los modelos teóricos en modelos concretos de actuación, entrando así a formar parte de las políticas sociales, sanitarias y educativas de los distintos países, más concretamente dentro del nuestro, entrando a formar parte de las políticas desarrolladas por las distintas autonomías que lo conforman. La Atención Temprana acaba convirtiéndose en un servicio público llevado a cabo de forma interinstitucional: institución social, sanitaria y educativa.

Pero a partir de aquí, nos encontramos con un nuevo problema al que hacer frente: "*Atención Temprana, Sí, pero ¿Cómo?*", ¿es suficiente con ofrecerla como servicio público, sin más?, ¿podemos quedarnos con los resultados que hasta ahora, han

aportado los diferentes estudios que avalan la opción de "Atención Temprana Sí", sin más?, ¿podemos continuar estudiando los efectos positivos o nulos de esta intervención en busca de una constante confirmación o ratificación de la disciplina, sin más?, o por el contrario, ¿tenemos que ir más allá, buscando unos índices de calidad determinados y siempre superables a través del estudio y la investigación en constante evolución?

A partir de los años 90, dejan de predominar los objetivos de investigación destinados a su validación científica como disciplina que intenta originarse y abrirse camino dentro de la comunidad científica, para pasar a la contribución del desarrollo y evolución de una disciplina ya consolidada como tal, un desarrollo a través de cuotas, cada vez, más elevadas de efectividad práctica.

Ha llegado el momento de: *Atención Temprana sí, pero dentro de unos niveles cada vez más importantes de calidad*. Conseguir la calidad, entendida como la satisfacción de la necesidad de prevenir la minusvalía de la forma más efectiva posible, se convierte en el marco temático de la nueva labor de investigación emprendida en este campo. Por tanto, podemos agrupar los nuevos objetivos de investigación bajo la doble vertiente que se deriva del proceso de *Calidad* inherente a la intervención temprana, por un lado, *el enriquecimiento del campo teórico ya existente* y, por otro, *la mejora de las prestaciones de los servicios implicados en la misma*.

1. *Enriquecimiento del campo teórico ya existente*

- **Desde la Psicología**

- Ampliación del conocimiento de las variables ambientales que mayor incidencia tienen sobre los procesos psicológicos del individuo, concretamente y de forma especial, sobre los procesos de desarrollo de la primera infancia en situación de deficiencia orgánica o alto riesgo, biológico o ambiental, frente a la misma, tanto en edades tempranas (corto plazo), como en edades posteriores (a largo plazo).

- Un aumento del conocimiento de los procesos psicológicos que tienen lugar en el individuo, así como de su configuración y desarrollo durante los primeros años, tanto en población "normal" como en población con discapacidad o en situación de riesgo biológico o ambiental; conocimiento que nos permita la realización, cada vez más precisa, de la valoración y evaluación de los mismos.
- Desde la Neurología
 - Ampliar el campo de conocimiento entorno a los factores ambientales que mayor repercusión tiene sobre la estructura neurológica de la población infantil, y de forma especial sobre la población infantil con deficiencia o alto riesgo, a corto y largo plazo.
 - Profundizar en el conocimiento del desarrollo madurativo, normal y patológico, del sistema nervioso durante los primeros años, así como en la búsqueda de la relación de la estructura neurológica con el desarrollo de las funciones básicas del ser humano y su comportamiento, contribuyendo a mejorar y optimizar el proceso de valoración y evaluación de los mismos.
- Desde la intervención Psicopedagógica
 - Un mayor acercamiento al conocimiento de aquellas manipulaciones sistemáticas del ambiente que mejores resultados producen, tanto sobre los procesos internos y externos del individuo discapacitado o en riesgo, como sobre el entorno familiar y social que le rodea al individuo.

2. Mejora en las prestaciones de la Atención Temprana como servicio

- A nivel de Macroorganización

Organización externa de las instituciones encargadas de llevar a cabo este servicio, institución social, sanitaria y educativa.

- Asignar y distribuir las funciones entre las distintas instituciones.
- Establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional de la labor desempeñada por cada una de las instituciones.

- A nivel de Microorganización

Organización interna de cada una de las instituciones encargadas de llevar a cabo el servicio de Atención Temprana, institución social, sanitaria y educativa.

- Distribución y asignación de funciones entre los distintos miembros que componen cada una de las instituciones.
- La formación del personal que forma parte de la institución en su labor de intervención.
- Mecanismos de coordinación interprofesional dentro de cada una de las instituciones.

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO

Los últimos años, como reflejo de la nueva orientación política emprendida en nuestro País en los ámbitos social, sanitario y educativo y su repercusión en el tratamiento a la minusvalía y a la infancia, han sido años importantes para la Atención Temprana y su consolidación dentro de las administraciones públicas; prueba de ello está siendo la rápida expansión que está teniendo dentro de estos tres ámbitos institucionales en los que queda delimitado su propio marco de actuación.

Los cambios emprendidos frente a la nueva normativa y orientación política han tenido una fuerte repercusión en la estructura, funcionamiento y organización general de cada uno de estos sistemas públicos, cambios que, al mismo tiempo, han tenido que dar respuesta, a una ubicación, funcionamiento y desarrollo de la nueva labor preventiva de minusvalías a través de este marco de actuación.

Sistema Sanitario

- *Ley General de Sanidad de 1986 (LGS)/ Reforma Sanitaria*, donde se pone gran énfasis en la tarea preventiva y en el tratamiento integral del individuo,

lo que conduce a un tratamiento mucho más interdisciplinar dentro del propio sistema.

Sistema Social

- *Ley Integración Social de los Minusválidos de 1982 (LISMI)/ Ley que trata de dar respuesta a las propuestas internacionales llevadas a cabo en materia de minusvalías, como fue el *Plan de Prevención de la Subnormalidad*, o posteriormente el *Plan de Acción Mundial para Personas con Discapacidad*, 1982/ Ley donde se recoge las medidas en el ámbito de la prevención e integración social del minusválido.*
- La adhesión española a la *Convención sobre los Derechos del niño* en 1990/ Asumiendo así un importante papel en la protección, prevención e integración social de la infancia desprotegida o desfavorecida ante una situación de abandono, desventaja orgánica o ambiental, o de marginación social a partir de la nueva normativa que se desarrolle en materia de infancia.

Sistema Educativo

- *Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE)/ Ley donde se pone un fuerte énfasis en la labor educativa en materia de integración escolar, así como en la labor de prevención que el sistema educativo asume en los primeros años, es decir, a lo largo de la Etapa de Educación Infantil.*

Las medidas de reestructuración y organización interna a nivel institucional están siendo importantes:

- Remodificación de objetivos y metas de actuación
- Remodelación de la estructura general de la institución, debido a la incorporación de nuevos elementos en la misma, lo que supone importantes cambios en la organización general.

- Remodelación en la asignación y distribuciones de funciones entre el personal que lo compone. Remodelación de las exigencias y formación profesional del personal integrante.
- Creación de nuevos mecanismos de coordinación interna.

Estas medidas han ido acompañadas de todo un proceso de regionalización de las administraciones públicas, como respuesta a la política de descentralización emprendida en nuestro país. Proceso que ha dificultado la esperada situación de cambio, o al menos la ha enlentecido.

Hasta el momento de conclusión de la definitiva transferencia de funciones en todos y cada uno de los ámbitos implicados: *social, sanitario y educativo*, los esfuerzos destinados a la coordinación interna vienen siendo muy importantes y complejos por la situación de provisionalidad administrativa a la que nos hemos visto sometidos.

En dicha tarea ha habido que establecer las bases de una coordinación a partir de una política centralista en la gran mayoría de Comunidades del país: *podere­s p­u­bli­c­os centrales en relación con las iniciativas de carácter comunitario o local*, teniendo presente que a corto plazo se iba a convertir en una base Comunitaria o Autonómica descentralizada: *Podere­s P­u­bli­c­os Comunitarios o Auton­ómicos en relación con las iniciativas de carácter local*. Ésta es la realidad reciente de nuestra Comunidad, la Comunidad de Madrid.

Tratar de participar, a través de la investigación, en la resolución de los problemas planteados por esta nueva situación que envuelve el campo de la Atención Temprana, nos sitúa, siguiendo los nuevos puntos de investigación propuestos en el apartado anterior, ante un nuevo objetivo: *la mejora de las prestaciones del servicio de Atención Temprana a nivel de microorganización*.

Como hemos comentado al principio de este apartado, las iniciativas emprendidas son importantes, de forma especial en el marco de nuestra Comunidad, la Atención Temprana se ha puesto en marcha en sus tres ámbitos concretos de actuación, en el social, educativo y sanitario. Lógicamente queda mucho camino que recorrer en cualquiera de estos ámbitos, la investigación a nivel de *microorganización* tiene mucho que aportar de cara a la mejora de las prestaciones emprendidas por cada uno de estas instituciones. Este proceso requiere todavía mucho tiempo y esfuerzo, fundamentalmente ante la situación que supone una reciente transferencia de competencias en cada una de las comunidades que comprende nuestro Estado.

Pero, no sólo podemos quedarnos en los niveles de microorganización ya emprendidos, es necesario dar un paso más allá en la persecución de la mejora del servicio. No puede quedarse como un triple elemento de un triple sistema de actuación encabezado por lo sanitario, social y educativo; la Atención Temprana constituye, o tiene que constituir, en pro de la calidad del servicio prestado, **un sistema en si mismo**, capaz de englobar e integrar la labor emprendida en los diferentes ámbitos donde se desarrolla; objetivo sólo alcanzable en la medida que nos acerquemos a determinados niveles de *macroorganización* entre todos los servicios integrados en la misma, es decir, realicemos un estudio y puesta en marcha de la coordinación externa de cada uno de estos servicios: social, sanitario y educativo; conformando así todo un sistema global de actuación, con un marco de referencia general nacional, y un marco específico de actuación, el comunitario o autonómico.

No es difícil detectar la necesidad de nuevas propuestas destinadas a este objetivo de macroorganización entre el personal que, de manera más o menos directa, queda implicado en el mundo de la Atención Temprana. Ante esta macroorganización se plantea la unificación de metas y objetivos de actuación; la distribución lógica y consensuada de funciones y objetivos específicos; la máxima unificación de criterios posible de valoración, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y derivación; la continuidad

de programaciones o propuestas de actuación entre uno u otro ámbito; la complementariedad en diagnósticos y tratamientos, evitando así solapamientos innecesarios y contraproducentes; el tratamiento global y personalizado de los individuos y familiares; y, en definitiva, la agilización, rapidez y efectividad de todo el proceso que tiene lugar.

Tenemos que dar un paso más, si realmente queremos avanzar en la mejora de las prestaciones de este servicio, por lo que nos vemos obligados a emprender un nuevo camino de investigación en el ámbito de la macroorganización del servicio, buscando resultados capaces de avalar nuevas propuestas en todo lo concerniente a mecanismos de coordinación externa.

Las medidas que se están realizando en este ámbito, a nivel nacional, son importantes si tenemos en cuenta el nivel de propuestas existentes, cada vez más amplio e insistente; pero todavía carece de lo más importante, carece de la concreción suficiente para convertirse en una realidad. Las bases están servidas, pero su concreción y posibilidades reales queda en manos de una labor específica en el marco comunitario o autonómico.

Un sistema de Atención Temprana capaz de cubrir las necesidades de la población a quien se destina sus servicios, en el que queden perfectamente articuladas las funciones de todas y cada una de las entidades implicadas a través de una estrecha labor de coordinación, sólo puede ser fruto de una amplia labor de estudio y análisis sobre:

- las características concretas de la población a la que se va a destinar el servicio
- las posibilidades reales con las que contamos para cubrir dichas necesidades (recursos materiales y humanos)
- las posibilidades de conexión, unión y globalización de esos recursos

Sólo así podremos conseguir **propuestas** concretas, posibles y reales para cada uno de los diferentes contextos en los que nos situamos. La investigación se convierte en un poderoso instrumento de análisis y, por tanto, de obtención de resultados capaces de avalar una **propuesta** lo suficientemente válida como para pasar de la "*Atención Temprana, sí*", pero con los niveles suficientes de **calidad**, la que, sin duda alguna, ha pasado a convertirse, durante los últimos años, en la gran necesidad de este campo de actuación.

Es aquí donde surge **el marco temático de investigación**, el que origina y va a guiar la presente tesis doctoral, por tanto, de aquí se desprende la justificación y relevancia práctica de la misma en el ámbito de la Atención Temprana como principal instrumento de la prevención de las minusvalías, de forma específica dentro de la Comunidad de Madrid.

Atendiendo a las lagunas existentes en materia de coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y educativos de nuestra Comunidad, tal y como se reclama entre el personal implicado en esta tarea, **los objetivos generales de investigación** que van a guiar la presente investigación van a ser fundamentalmente dos:

1. Contraste de la estimación de la que partimos en el ámbito de la macroorganización entre el servicio sanitario, social y educativo de la Comunidad de Madrid:
 - No existe unos mecanismos adecuados de coordinación en la CAM, por tanto, los niveles de desarrollo macroorganizativos son insuficientes hasta el momento, reduciendo la calidad del servicio en su totalidad.

2. Estudio de los posibles mecanismos que pueden favorecer los niveles de macroorganización, por tanto, la mejora de la prestación del servicio de Atención Temprana actualmente en la Comunidad de Madrid.

Por tanto, la **meta de investigación** a la que sirven estos objetivos es el intento de servir a la mejora de la prestación del servicio de Atención Temprana dentro de la Comunidad de Madrid en términos de calidad.

CAPÍTULO 2

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

El **modelo asistencial** predominante en nuestros días, en base a la política social desarrollada en nuestro País, y concretamente en materia de asistencia a la infancia y a la minusvalía, ha sufrido importantes cambios en muy poco tiempo, repercutiendo notablemente en el florecimiento de la llamada Atención Temprana.

En un primer apartado vamos a revisar, por un lado, cuáles son los acontecimientos más determinantes en la aparición del nuevo modelo asistencial, y por otro, su repercusión en la atención de la población infantil y la población con discapacidad o alto riesgo frente a la misma, y su incidencia en el origen de la Atención Temprana como nuevo elemento del sistema asistencial vigente.

En el segundo apartado, contemplaremos la estructura de este sistema, sus nuevos elementos y sus ventajas frente al modelo tradicional.

1.1 LA NUEVA CONCEPCIÓN DE ASISTENCIA EN EL MARCO DE LA INFANCIA Y LA MINUSVALÍA

A. Acontecimientos que Impulsan hacia la Reflexión en torno al Concepto de Asistencia.

a) Desarrollo y configuración de un nuevo campo teórico sobre la *infancia*.

En los últimos años contamos con un importante despliegue de estudios sobre los procesos psicofísicos que tienen lugar durante la primera infancia, así como de las necesidades más acuciantes durante este primer periodo de la vida. Poco a poco se ha ido dando forma a un campo teórico, como fruto de una amplia labor multidisciplinar, en la que se han ido sumando estudios de diferente naturaleza en función de la perspectiva o dimensión desde la que se ha abordado al niño, como son la psicología, la educación o la medicina. Ello ha llevado a la consagración de una materia científica con entidad propia, pero abordada, elaborada y desarrollada desde una amplia vertiente disciplinar, con todas las consecuencias que va a tener de cara a la aplicación práctica de los principios y teorías que la sustentan.

En definitiva, la infancia comienzan a ser objeto de un conocimiento mucho más exhaustivo y profundo, posibilitando así un mayor acierto, ya no sólo en la detección de sus necesidades, sino, y lo que puede ser más importante, en su tratamiento y asistencia.

b) Remodelación en torno a la tradicional concepción de *salud* y de *prevención* en el marco asistencial.

La **Salud** ha sido, y sigue siendo, uno de los grandes objetivos de todo sistema asistencial de un país. Pero, el término de *salud* ha sufrido un sustancial cambio en su concepción; pasamos de una concepción en términos de *cantidad de vida* a una concepción mucho más amplia; la salud, no sólo en términos de cantidad, sino en

términos de *calidad de vida*. La *calidad de vida* de un individuo es entendida, a un nivel muy general, como la situación que proporciona un bienestar individual, es decir, como aquellos estados que posibilitan un desarrollo individual adecuado en términos de independencia e integración social y producen la felicidad del sujeto y los que le rodean.

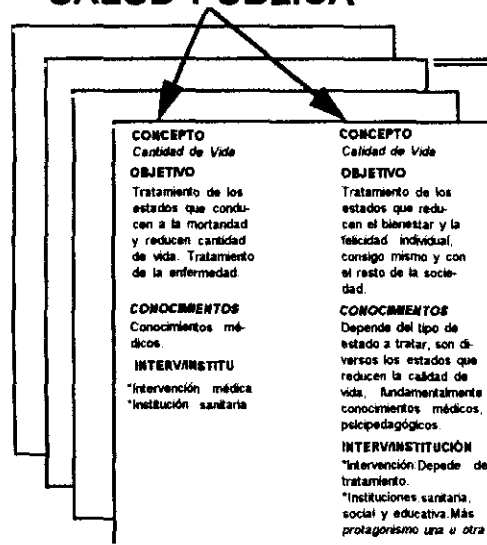
En definitiva, esta nueva concepción de salud supone:

- Contemplar la salud como algo más que cantidad de vida, la salud también es calidad de vida.
- De alguna manera, cierta remodelación de la actitud y perspectivas del tradicional campo sanitario.
- La salud deja de ser un cometido prácticamente casi exclusivo del ámbito sanitario, adquiriendo protagonismo otros campos de actuación, como puede ser el social y educativo.

Además, esta nueva concepción de salud tiene una importante repercusión sobre la actividad **preventiva** (actuación *antes de.....*):

- No sólo debemos prevenir todos aquellos estados que, como fruto de una enfermedad o accidente, reducen o limitan la cantidad de vida de un sujeto, sino todos aquellos que de alguna manera, reducen o limitan la calidad de vida del individuo.

El término de Salud, y así la labor preventiva, termina modificando el sistema asistencial y se convierte en un objetivo compartido entre distintos campos disciplinares; proporcionar calidad de vida se convierte en un cometido de naturaleza **interdisciplinar**, por lo que exige una participación conjunta y coordinada de profesionales e instituciones de muy diferente naturaleza entre sí, como son los profesionales e instituciones de las áreas sanitaria, social y educativa.



SALUD DEL DEFICIENTE Y DEL ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA

CONCEPTO
Cantidad de vida

OBJETIVO
Tratamiento de la enfermedad en el minusválido.
Limitar las condiciones de mortandad del minusválido.
Asegurar la vida al niño que nace bajo unas condiciones de alto riesgo de mortandad (premature/Bajo Peso).

CONOCIMIENTOS
Fundamentalmente médicos.

INTERVENCIÓN
Intervención sanitaria
Tratamiento clínico.

INSTITUCIONES
Claro predominio de la institución sanitaria, a través de organismos sanitarios.

CONCEPTO
Calidad de Vida

OBJETIVO
Prevención en edades lo más tempranas posibles de aquellos estados que conducen siempre o casi siempre al padecimiento de una discapacidad.
Prevención ante deficiencias documentadas y ante el alto riesgo de padecerla por causa biológica.

CONOCIMIENTOS
Conocimientos médicos
Conocimientos psicopedagógicos.
Según la etapa preventiva se requerirá más de unos que de otros, pero siempre de forma complementaria.

INTERVENCIÓN
Intervención/ Atención Temprana/Precoz.

INSTITUCIONES
Sanitaria, Social y Educativa.
A través de una labor coordinada, tomando al sujeto siempre como una unidad.
Según la función a desempeñar entrarán de forma más directa unos u otros servicios de las mismas a través de sus organismos.

Gráfica 2

"Hacia una nueva dimensión en la concepción del término salud"

SALUD

Salud como **Cantidad** de vida

Salud como **calidad** de vida

Servicio Sanitario

SERVICIO
SANITARIO

SERVICIO
SOCIAL

SERVICIO
SANITARIO
SERVICIO
SOCIAL
SERVICIO
EDUCAT

SERVICIO
EDUCATIVO

Servicio Educativo

Servicio Social

Prestan un servicio de forma muy indirecta, y en áreas muy concretas. Sólo actúan a través de lo sanitario, institución que tiene el protagonismo en materia de salud así entendida.

Los tres tipos de servicios tienen el mismo grado de protagonismo en materia de salud, ninguno sobre sale del otro. Actúan de forma coordinada.

B. Reflexión en torno al Concepto de Asistencia dentro del Marco de la Deficiencia y la Infancia

La **actividad asistencial** surge principalmente como ayuda, auxilio, socorro y atención hacia aquellos individuos integrantes de la sociedad que padecen una cierta desventaja física, psíquica o socioeconómica respecto al resto de población. En un primer momento, queda a cargo de la beneficencia voluntaria de determinados sectores sociales y, posteriormente, a manos del gobierno de la nación, dando así origen a la llamada **Política Asistencial**.

Es por ello, por lo que el concepto y contenido de la asistencia ha ido evolucionando simultáneamente con la política socio-sanitaria de los países más desarrollados. La incesante lucha por el llamado "Estado de Bienestar Social" ha obligado a ampliar las perspectivas y directrices de la política emprendida en esta materia. La tradicional dimensión de ayuda, socorro, auxilio y atención de aquellas personas necesitadas de la misma, como víctimas de algún tipo de desventaja social (*Actuación después de...*), queda substancialmente enriquecida por el surgir de una nueva dimensión, la dimensión **preventiva** (*Actuación antes de...*); dimensión mucho más ambiciosa, cuyo objetivo principal es la toma de medidas encaminadas a evitar, en la medida de lo posible, aquellas situaciones que supongan un peligro o riesgo para el "bienestar" de cualquiera de los individuos integrante de una sociedad; la prevención deja de estar ligado, básicamente, al tradicional modelo de asistencia sanitaria.

a) La Asistencia a la Infancia

Históricamente, el sistema de asistencia a la infancia asume un fuerte matiz, primero de beneficencia y después, socio político; la asistencia a la infancia es básicamente entendida en términos de manutención económica (cubrir necesidades primarias) y tutelar del niño

que carece de familia o, aún teniéndola, no es capaz de asumir la responsabilidad de la paternidad o tutelaje de forma idónea.

Los servicios prestados a esta población proceden, en su mayor parte y de forma directa, del ámbito *social*: tutela estatal, techo, alimentación, vestido, asistencia sanitaria ante la enfermedad, puesto escolar; situación mantenida hasta que el individuo cumple la mayoría de edad. La institución *sanitaria y educativa* sólo quedan implicadas de forma indirecta a través de una dimensión social (asistencia a la enfermedad, posibilidad de recibir educación dentro del sistema oficial).

La *Declaración de los Derechos del Niño*/ 20 de Noviembre de 1959 y el interés mundial por que éstos se conviertan en algo más que en un simple documento de simple enunciación de principios, interés demostrado a través de la *Convención Europea de los Derechos del Niño*/ 1989, introduce importantes modificaciones en el enfoque de abordar la asistencia a esta población. Ya no sólo es susceptible de atención el niño que se encuentra en una situación clara de desamparo (mortalidad o abandono de la familia natural), sino también aquél que está desprotegido y en desventaja frente el adulto en una situación, por ejemplo, de malos tratos por parte de su familia natural, o por no ser debidamente atendidos por la misma.

Y será, finalmente, el nuevo carisma de naturaleza preventiva que toma el sistema asistencial frente a los cambios introducidos en materia de salud, avalado por los conocimientos científicos sobre la infancia, el que va a modificar de forma sustancial la manera de abordar la asistencia a este grupo de población, teniendo que abrir una nuevo campo de actuación, complementario al existente hasta el momento.

Este nuevo ámbito o dimensión que surge en toda política asistencial desarrollada en los países desarrollados, incorpora a sus funciones o cometidos ya existentes los siguientes:

- No es suficiente con cubrir las necesidades primarias de los niños sobre los que el estado tiene que *asumir la tutela* (protección, amparo, supervisión y cuidado del menor) ante las situaciones de abandono o mortandad de los padres naturales. El niño cuenta con otras necesidades tanto o más importantes que las primarias, como son las psicoafectivas y cognitivas. Sólo un óptimo ambiente durante su desarrollo como individuo conseguirá cubrirlas. Todo programa de política asistencial ante dicha población tendrá que contemplar estas nuevas necesidades.

FUNCIONES:

- 1ª Crear un ambiente adecuado y adaptado a las necesidades psico-afectivas y cognitivas del niño.
 - 2ª Proporcionar un tratamiento destinado a reducir los efectos negativos que su situación real puede originar sobre su deseado desarrollo neuropsicológico.
- Ante los *malos tratos*, entendidos éstos como agresiones físicas o psíquicas al menor en el seno familiar, y la *explotación infantil*, no es suficiente con esperar casos extremadamente evidentes, o con apartar al niño de sus familias de forma temporal ("Los casos hay que buscarlos, no esperarlos").

FUNCIONES:

- 1ª Detección eficaz de malos tratos y explotación en la infancia.
- 2ª Procurar eliminar las influencias negativas del ambiente sobre el niño.
 - Tratamiento dirigido a la familia.
 - Apartar al niño de los padres, proporcionando un ambiente más adecuado.
- 3ª Proporcionar al niño un tratamiento para evitar los efectos negativos de la situación vivida sobre su desarrollo neuropsicológico.

- También deben ser contemplados aquellos niños que pese a tener familia y no recibir malos tratos ni explotación de su persona, se desarrollan en un *ambiente de pobreza sociocultural*, debido fundamentalmente a las limitaciones socioeconómicas y culturales en la que se encuentra envuelta su familia. Esta pobreza sociocultural provoca diferentes niveles de privación sensorial y una escasa o inadecuada estimulación psico-afectiva durante todo el proceso de desarrollo del niño.

FUNCIONES:

- 1ª Tratamiento familiar de cara a facilitar un mejor ambiente para el desarrollo del niño.
- 2ª Aplicación de un tratamiento al niño destinado a suplir los efectos que su situación presenta frente a su desarrollo neuropsicológico.

_____ ↓ _____ *POBLACIÓN INFANTIL DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA POR CAUSA AMBIENTAL* _____ ↓ _____

- Debe ser incorporada aquella población infantil que nace o pasa una gran periodo de tiempo tras el nacimiento en condiciones biológicas negativas de cara a un adecuado desarrollo neuropsicológico.

FUNCIONES:

- 1ª Tratamiento dirigido al niño y su familia (protagonistas del medio del niño) para eliminar o reducir los efectos negativos de la situación que vive o ha vivido sobre su desarrollo.

_____ ↓ _____ *POBLACIÓN INFANTIL DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA POR CAUSA BIOLÓGICA* _____ ↓ _____

- También queda integrada aquella población infantil que desde el nacimiento o durante el período cercano al mismo quedan sujetos al padecimiento de un tipo de deficiencia o anomalía documentada clínicamente.

FUNCIONES:

- 1ª Detección lo más temprana posible de dicha anomalía.
- 2ª Orientaciones, y en su caso tratamiento, familiares. Serán los encargados de proporcionar un óptimo ambiente de desarrollo al niño.
- 3ª Tratamiento dirigido al niño, buscando reducir los efectos que su deficiencia tendrá sobre su desarrollo y funcionamiento neuropsicológico futuro.

⇓ _____ *POBLACIÓN INFANTIL CON DEFICIENCIA DOCUMENTADA* _____ ⇓

Los servicios sociales pierden el protagonismo en esta nueva dimensión de atención a la infancia. La tarea exige una labor conjunta entre organismos de diferente entidad, como son el sanitario, educativo y social; tarea estrechamente coordinada, donde todos participen de forma directa y ninguno adquiera, o deba adquirir, el protagonismo sobre el resto.

Por tanto, todo sistema de asistencia a la infancia está creado a partir:

- De todo un conjunto de teorías científicas sobre el período infantil y sus características frente a la vida adulta.
- Estas teorías conducen a una clasificación de necesidades reales de esta población susceptibles de ser cubiertas por los adultos que le rodean debido a las implicaciones que tienen para la vida adulta.
- Finalmente, estas necesidades llevan a la creación de un sistema asistencial destinado a cubrir todo aquello que de otra forma no sería cubierto; la sociedad

debe hacer frente a las necesidades de su infancia cuando ésta carece de los adultos (familia) que asuman la responsabilidad ante dichas necesidades, o bien implique una tarea especializada que desborde, personal y económicamente, a la familia.

El avance del conocimiento sobre la infancia obliga a contemplar y reconsiderar nuevas necesidades del ser humano durante sus primeros años de vida. Estas nuevas necesidades tienen que ser incorporadas de forma adicional en el sistema asistencial existente hasta el momento, quedando así éste ampliado y diversificado bajo la dinámica de evolución y progreso que la propia teoría, de forma indirecta, le impone. Pasemos a revisar brevemente cómo ha ido aconteciendo esta dinámica de cambio en el tradicional modelo de asistencia a la infancia desde sus orígenes:

PRIMERA ETAPA

Teoría: El niño necesita del adulto para cubrir sus necesidades más básicas (alimento, vestido, cuidado....).

Necesidades: Primarias.

Asistencia a la Infancia: Cubrir las necesidades primarias del niño cuando éste carece de familia que lo haga: acogimiento estatal y búsqueda de vías de adopción; padres que aseguren el bienestar físico del niño.

SEGUNDA ETAPA

Teoría: El niño no sólo necesita al adulto para cubrir sus necesidades básicas, sino también para cubrir sus necesidades psicológicas (afecto, equilibrio emocional, seguridad, ambiente estructurado, pautas de actuación....), tan importante éstas para su óptimo crecimiento como las primeras.

Necesidades: Primarias y Psicológicas.

Asistencia a la Infancia: Cubrir no sólo las necesidades primarias del niño desamparado, sino también las psicológicas:

- Cambio cualitativo en el tratamiento a la infancia bajo el sistema de acogimiento estatal.
- Mayor énfasis en el tema de adopciones: el niño necesita con urgencia una familia donde quedar incorporado; esta familia debe cumplir unos requisitos mínimos que aseguren el bienestar del niño tanto en el plano físico como psicológico.
- Atención no sólo destinada al niño desamparado, sino también al niño que aún no estando en situación de desamparo está sometido a fuerte sufrimiento psicológico, como por ejemplo es una situación de malos tratos.

TERCERA ETAPA

Teoría: El niño necesita crecer y desarrollarse en un ambiente enriquecido, sólo así tendrá la oportunidad de alcanzar una determinada competencia social en la vida adulta. Un ambiente empobrecido limita considerablemente las posibilidades futuras del individuo (limitación académica, limitación en competencia social, limitación en desarrollo de la inteligencia...).

Necesidades: Primarias, Psicológicas, Ambientales.

Asistencia a la infancia:

- Cubrir las necesidades ambientales del niño en acogida estatal.
- Búsqueda de una familia en adopción que pueda proporcionar un ambiente rico en estímulos para el adecuado desarrollo del niño.
- Creación de un sistema educativo capaz de compensar las deficiencias ambientales de los niños que crecen en familias pobres: *Educación Compensatoria*.

CUARTA ETAPA

Teoría: El ambiente puede modificar los procesos internos del sujeto durante los primeros años de su vida (0-6) donde tiene lugar el período de desarrollo, tanto de forma negativa como positiva. El sistema Nervioso del niño al nacimiento está en un alto grado de inmadurez; "plasticidad del sistema nervioso".

Necesidades: Primarias, Psicológicas, Ambientales y Preventivas.

Asistencia a la Infancia: El sistema asistencial debe cubrir una nueva necesidad de la infancia sometida a una situación de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica, ambiental o ante una situación de deficiencia documentada dentro de una línea preventiva de los estados que conducen siempre o casi siempre al padecimiento de una determinada discapacidad o minusvalía futura: *Sistema Asistencial a la Infancia con Carácter Preventivo*: ATENCIÓN TEMPRANA.

Es en esta última etapa cuando el sistema asistencial a la infancia tiene su punto de encuentro con el sistema asistencial a la deficiencia, tal y como ha ido desarrollándose en estos últimos años; aspecto que comprobaremos en el punto siguiente. La población sometida a alto riesgo o deficiencia documentada durante los primeros años de su vida no puede ser tomada ni tratada dentro de un contexto de minusvalía, ya que ésta es una "situación producto" que no acontece hasta que el individuo se consolida como tal pasados los años, una vez finalizado todo su proceso de desarrollo. En este primer momento es una población *infantil*, con unas necesidades preventivas más o menos claras, con un tratamiento a las mismas también más o menos claro, pero su asignación como minusvalía todavía le queda lejana y con una gran variedad de posibilidades frente a la misma. El niño con alto riesgo de deficiencia, por causa biológica o ambiental o deficiencia documentada durante el período cercano al nacimiento, prácticamente hasta los seis años más o menos, es básicamente *Niño y no Minusválido*, y así debe ser contemplado y tratado bajo el sistema asistencial; con unas necesidades muy concretas de índole preventiva, pero no por ello deja de presentar la misma incertidumbre de cara al

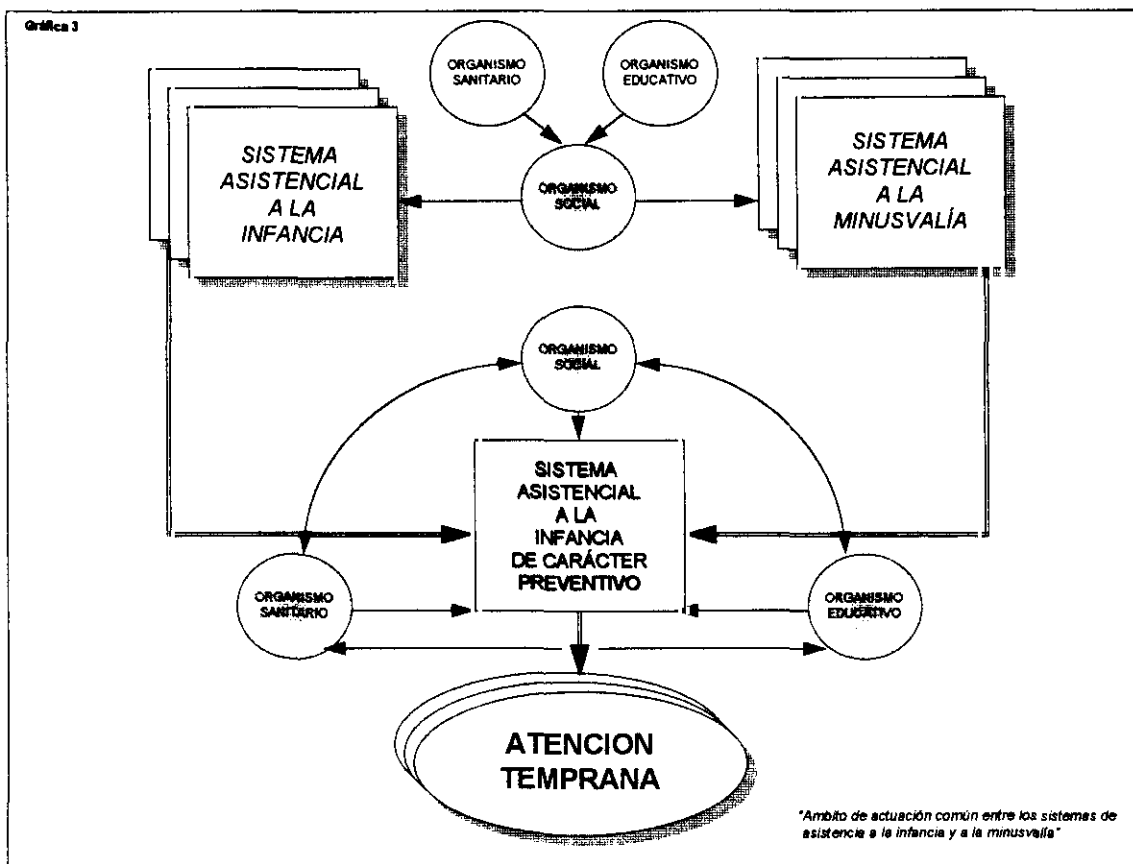
futuro que cualquier otro niño que todavía tiene que crecer y desarrollarse pese a encontrarse en una situación "normalizada". La minusvalía no es sino una incertidumbre más entre otras muchas que rodean a la infancia, la que no podemos dejar que determine y limite las nuevas posibilidades que el avance científico ha traído a esta población.

b) La Asistencia a la Deficiencia

También ha sido entendida y tratada de forma particular y restringida. La asistencia se concibe básicamente en términos económicos (ayuda a los familiares del deficiente que carecen de recursos suficientes), y en términos de diagnóstico (clasificación de la misma), y siempre que se dé una clara situación de deficiencia, con efectos discapacitantes y de minusvalía; sustentada en un modelo de actuación "Después de". Los servicios *sanitario* y *educativo* quedan mediatizados por el organismo *social*, el que asume el principal papel en esta labor. Serán las mismas circunstancias que acontecen en el ámbito de la infancia las que obliguen a adoptar un modelo distinto de enfocar y tratar a la deficiencia, teniendo que introducir una nueva dimensión en su tradicional distribución de funciones. Dimensión que abre sus puertas hacia un área de tratamiento común con el sistema de asistencia a la infancia.

La deficiencia comienza a ser atendida desde los primeros momentos que se tiene la mínima sospecha de una situación de discapacidad futura, sea ésta del origen que sea; bien ante pruebas más o menos claras a nivel orgánico (deficiencia documentada), bien ante una situación de alto riesgo frente a la misma, de orden biológico o ambiental. Igualmente, la institución social pierde todo su protagonismo en el tratamiento a la deficiencia, al menos en este nuevo primer nivel de asistencia a la misma. El modelo teórico al que se tiende en materia asistencial, una vez realizada la reflexión, está más o menos claro, más o menos fundamentado, más o menos consolidado, pero ¿cuáles van a ser sus posibilidades de cara a una aplicación práctica?, ¿qué está ocurriendo en la realidad?, ¿qué curso está adquiriendo la incorporación de esta nueva dimensión?, ¿qué

medidas se están adoptando, y de dónde proceden?, y lo más importante, ¿cuánto camino queda por recorrer para conseguir una correspondencia con la teoría?



La situación exige importantes cambios en las políticas centrales, locales y, muy especialmente autonómicas, si consideramos la dirección que ha tomado la política gubernamental de nuestro país. Pero el nivel de exigencia no sólo salpica a lo político, sino, y de manera muy especial, a los profesionales implicados en dicha labor.

Una determinada estructura política puede favorecer o no una nueva incorporación, pero sólo las actitudes y trabajo de todos los profesionales implicados la podrán convertir en realidad. Las estructuras políticas nunca se remodelan en base a los avances y progresos de postulados teóricos, sino a partir de iniciativas reales sobre las que se ven los resultados de avance y progreso.

La nueva concepción de la salud y la prevención, tal y como introducíamos en este apartado, tiene importantes repercusiones en el sistema asistencial de la deficiencia, actual y futuro, antes de que esta tenga una traducción en términos de discapacidad o minusvalía:

- La asistencia a la deficiencia en nuestro país está sometida a una dinámica de cambio. El tratamiento a la deficiencia adopta un fuerte **matiz preventivo**, siendo abordada lo más tempranamente posible ante el mínimo indicio de aparición de una deficiencia por las ventajas que presenta de cara al futuro bienestar del sujeto que la padece, *buscando siempre reducir los efectos de la deficiencia.*
- La asistencia de la deficiencia con un tratamiento precoz, no sólo va destinada al individuo, sino también a su medio, debido a la influencia que éste tiene sobre el sujeto, fundamentalmente sobre la **familia**. *Empieza igualmente a ser importante el bienestar de la familia donde queda ubicado el minusválido.*
- Esta asistencia no sólo va dirigida a subsanar los efectos nocivos de una deficiencia documentada, sino que amplía su radio de actuación preventiva, cubriendo a los sujetos que se encuentran en una **situación de riesgo** ante la deficiencia y discapacidad, evitando que los factores nocivos que rodean la situación de nacimiento entren en contacto con el sujeto, o al menos que sus efectos sean lo más reducidos posibles. *El sistema asistencial también tiene algo que decir ante la población sometida a una situación de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica (fundamentalmente prematuros y niños de bajo peso al nacimiento respecto a su edad gestacional) o por causa ambiental.*
- Este nuevo sistema asistencial adopta el término/s de **Atención/Intervención Temprana/Precoz**, sustentado y avalado por todo un conjunto de teorías científicas de carácter interdisciplinar (médica, pedagógica, psicológica).
- Los **cometidos y funciones** que definen a este nuevo sistema asistencial las podemos sintetizar en los siguientes puntos:

PREVENCIÓN PRIMARIA

- Investigación en cuanto a la etiología de las deficiencias.
- Elaboración de programas destinados a la prevención de la aparición de las deficiencias.

PREVENCIÓN SECUNDARIA Y Terciaria

- Detección precoz de deficiencias que conducen a estados invalidantes.
 - Detección de las situaciones de alto riesgo.
 - Diagnóstico y pronóstico de cara a una intervención psicopedagógica temprana.
 - Orientación y apoyo a la familia.
 - Intervención psicopedagógica temprana basada en las técnicas de Estimulación precoz de naturaleza multiprofesional.
 - Implicación familiar en la ejecución del tratamiento.
 - Control y seguimiento del desarrollo, evolución y crecimiento del individuo.
 - Investigación en torno a las deficiencias y sus repercusiones en la futura capacitación individual/ Investigación en torno a las posibilidades de la intervención en cada una de las deficiencias.
 - Potenciar la integración escolar y social del individuo a todos los niveles que sea posible atendiendo a la deficiencia o secuelas que cada sujeto posea.
- La naturaleza de este nuevo sistema asistencial exige una *labor conjunta y coordinada* de tres **ámbitos profesionales** muy concretos:
 - El ámbito médico
 - El ámbito psicopedagógico.
 - El ámbito Social
 - Las **instituciones administrativas** encargadas de convertir estas funciones en ofertas reales a través de sus servicios son:

- La institución sanitaria
- La institución Educativa, y en su defecto
- La institución social

La actuación a través de sus organismos oficiales, sean éstos centrales, autonómicos o locales, deberá ser estrechamente coordinada una vez delimitadas las funciones y cometidos específicos de cada una de ellas. Sólo así podrá establecerse un adecuado mecanismo de derivación, seguimiento y control del individuo, tomado éste de forma global y personalizada.

- Los **organismos oficiales** destinados a desempeñar la asistencia a la deficiencia son de tres tipos , pero, debido a la política administrativa específica de nuestro país, asume especial protagonismo los organismos autonómicos, en nuestro caso los organismos de la Comunidad de Madrid:

- Organismos Autonómicos (Comunidad Autónoma de Madrid): Consejerías.
- Organismos Locales (Ayuntamientos de Madrid y sus provincias): Concejalías
- Organismos Centrales (Gobierno central): Ministerios

Todos ellos ejercerán una labor en estrecha coordinación de servicios prestados a nivel institucional.

*La **prevención**, como la evitación o reducción de los efectos de aquellos estados que se sabe conducen siempre o casi siempre al padecimiento de una determinada discapacidad, sea ésta de índole física, psíquica o de ambas. Primer Nivel: Conjunto de medidas encaminadas a evitar el contacto del sujeto con los factores nocivos de cara a la discapacidad. Segundo Nivel: Detección de las situaciones de riesgo; así como el tratamiento específico frente a las mismas. Procurar que, aun existiendo ciertos factores nocivos en el ambiente que rodea al individuo, éstos no entren en contacto con él, o si lo hacen de manera inevitable, los efectos de los mismos sean lo más reducidos posibles. Tercer Nivel: Se pone en marcha cuando los factores causales ya han entrado en contacto con el sujeto, procurando que sus consecuencias sean del mínimo grado posible. (Villa Elizaga, 1991, 26)*

1.2 ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA ASISTENCIAL Y SUS VENTAJAS FRENTE AL MODELO TRADICIONAL: "Sistema Asistencial a la Infancia con Carácter Preventivo", "Atención Temprana"

Preventivo

Destinado a eliminar o reducir los efectos de los estados que en un futuro pueden ser invalidantes y discapacitantes para el sujeto.

Temprano

El marco de actuación es durante el período cercano al nacimiento, período clave en el desarrollo del individuo, fundamentalmente de cero a seis años.

Infancia con Necesidades Preventivas

La población a quien va destinada esta asistencia es:

- Población de Alto Riesgo de Deficiencia
 - por causa ambiental
 - por causa biológica
- Población con Deficiencia Documentada.

No podemos olvidar que este nuevo sistema de asistencia a la infancia no es más que eso, un sistema destinado a cubrir las necesidades que aparecen ante una deficiencia documentada o un sector de población sometido a situación de alto riesgo durante los primeros años de su vida, un sistema de carácter preventivo dirigido a un período de vida muy concreto, como es el que abarca de 0-6 años. Pero este nuevo sistema no supone una sustitución de los tradicionales modelos de asistencia a la infancia o a la deficiencia, sino un complemento adicional. La asistencia a la infancia tiene que seguir

cubriendo necesidades de su población que no sean estrictamente preventivas, como son las primarias, psicológicas o ambientales.

Al mismo tiempo, tenemos que contar con otra realidad, la prevención en muchos casos reduce considerablemente los efectos de una deficiencia o las secuelas de una situación de riesgo, pero otras no es así, o al menos no en el grado deseable. El tipo de lesión o deficiencia determina substancialmente el resultado de nuestra intervención.

Por el momento, nos encontramos lejos de poder prescindir del tradicional modelo de asistencia a la discapacidad o minusvalía, basado en la atención DESPUÉS DE, porque las *Situaciones Problema* continuarán apareciendo una vez superado el techo del desarrollo, alrededor de los seis años de vida, una vez que la *deficiencia* se constituya como algo más que una mera incertidumbre o una imprecisión.

Lógicamente, la actuación DESPUÉS DE será, o deberá ser, de índole muy distinta a la presentada en el modelo tradicional donde la dimensión preventiva todavía no tenía lugar; el nuevo carisma que toma este tipo de asistencia queda reflejado en los siguientes puntos:

1. Los grados de minusvalías ante una misma lesión serán más reducidos debido a que las deficiencias y discapacidades habrán sido tratadas en el momento idóneo. Con ello se habrá aumentado la posibilidad de adaptación e integración social de un gran número de minusválidos, aunque no cabe duda que estas posibilidades jamás se darán en un cien por cien.
2. El tratamiento destinado a las familias durante todo el periodo de Intervención Temprana, sobre todo durante los primeros momentos de detección, proporcionará una mejor adaptación de ésta a la situación, adaptación traducida en última instancia, en términos de aceptación y cariño hacia el hijo. Conduciendo ello a un estado de mayor bienestar y felicidad para el individuo y los que le rodean.

3. Esta situación aumentará las posibilidades de convivencia del sujeto con su familia y su comunidad, facilitando un determinado período, más o menos prolongado, de integración escolar. La necesidad de aislamiento social en un centro específico será mucho más reducida en un mayor número de casos.
4. En definitiva, el número de sujetos susceptibles de ser atendidos por el sistema asistencial habrá quedado reducido de forma considerable, siendo sólo los casos más graves los que irremediamente tengan que acabar sometidos a una asistencia social ofertada por su comunidad.

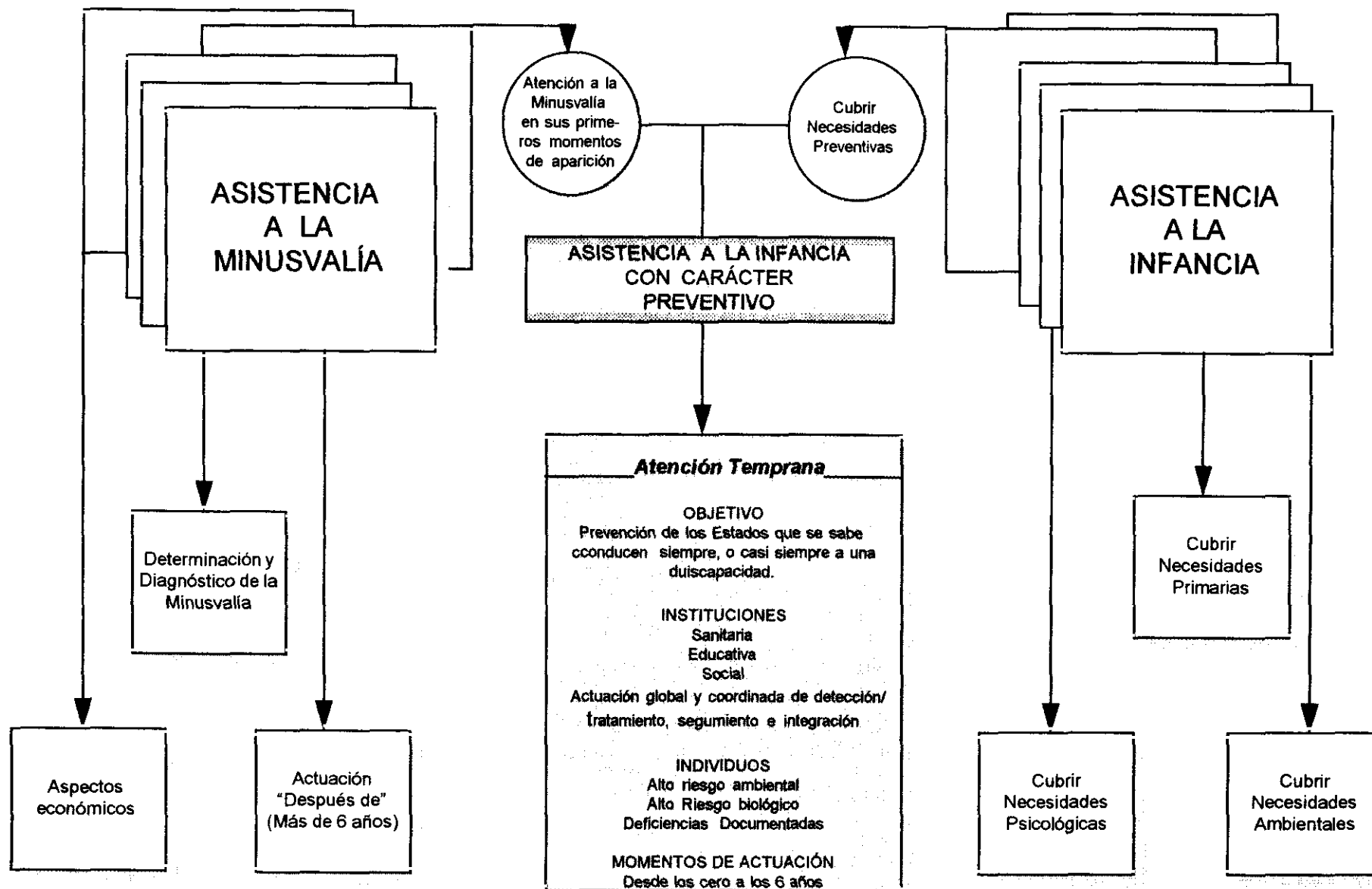
Este nuevo sistema asistencial que aparece como la gran apuesta previa y común a muchas de las diferentes vertientes de un sistema asistencial general de un país, supone un doble logro socio-político:

1. Por un lado, ofrece una nueva posibilidad a su población en la consecución del *bienestar* y del *progreso social* (del individuo y de los que le rodean), objetivo primordial de toda política de carácter social de una nación:
 - Reducción del número y grado de minusvalías (independencia, valía e integración social).
 - Reducción o eliminación en número y grado de secuelas invalidantes o disfuncionales a nivel físico y psíquico entre los individuos sometidos a un alto riesgo biológico durante los primeros años de vida.
 - Reducción o eliminación en número o grado de alteraciones comportamentales (psico-afectivas) y cognitivas entre los individuos sometidos a una situación de alto riesgo de deficiencia, por causa ambiental, durante los primeros años de vida.
2. Por otro lado, posibilita de modo indirecto una gran reducción de los costes económicos a nivel administrativo en materia de asistencia social:
 - Menos minusvalías, en número y grado, que atender en un futuro.

- Menos problemas académicos ("Fracaso Escolar") en un futuro, reduciendo costes en apoyo a estos individuos durante su estancia en la escuela y después de la escuela.
- Menos inadaptación social; lo que se puede traducir en menos asistencia en materia de salud mental, menos asistencia a la delincuencia.....
- Menos conflictos sociales.....

SISTEMA ASISTENCIAL

"Estructura del nuevo sistema
asistencial a la infancia
de carácter Preventivo"



2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 LA ATENCIÓN TEMPRANA COMO NUEVO ELEMENTO DE LA POLÍTICA ASISTENCIAL DEL PAÍS

La naturaleza interdisciplinar de este nuevo campo de actuación va a traer muchas dificultades y conflictos en su traducción práctica como nuevo elemento del sistema asistencial del país, y no sólo a nivel profesional, sino además, a nivel de política administrativa; su propia naturaleza nos sitúa en un contexto *Interinstitucional*. La Atención Temprana descansa sobre una clara estructura administrativa, la que podemos definir a través de los elementos que la constituyen:

- La base de esta estructura la forman tres grandes pilares **institucionales**:
 - *Institución Sanitaria*
 - *Institución Educativa*,
 - *Institución Social*
- Estas instituciones llevan a cabo sus servicios a través de los **organismos** oficiales que las constituyen; éstos se agrupan en tres categorías:
 - *Centrales/* Bajo control administrativo de los Ministerios correspondientes.
 - *Autonómicos/* Bajo control administrativo de las Consejerías correspondientes.
 - *Locales/* Bajo control administrativo de las Concejalías correspondientes.

El protagonismo que hasta hace poco han mantenido los *organismos centrales* ha comenzado a recaer sobre los *organismos comunitarios* debido al proceso de transformación política administrativa en el que se ha visto envuelto nuestro país durante los últimos años. Esta situación ha creado una gran inestabilidad e incertidumbre. Son muchas las autonomías que se encuentran en pleno o reciente

proceso de transferencia de sus competencias administrativas. La incorporación y adecuado funcionamiento de este nuevo elemento preventivo en el sistema asistencial se viene enfrentando a un doble problema como consecuencia de esta situación:

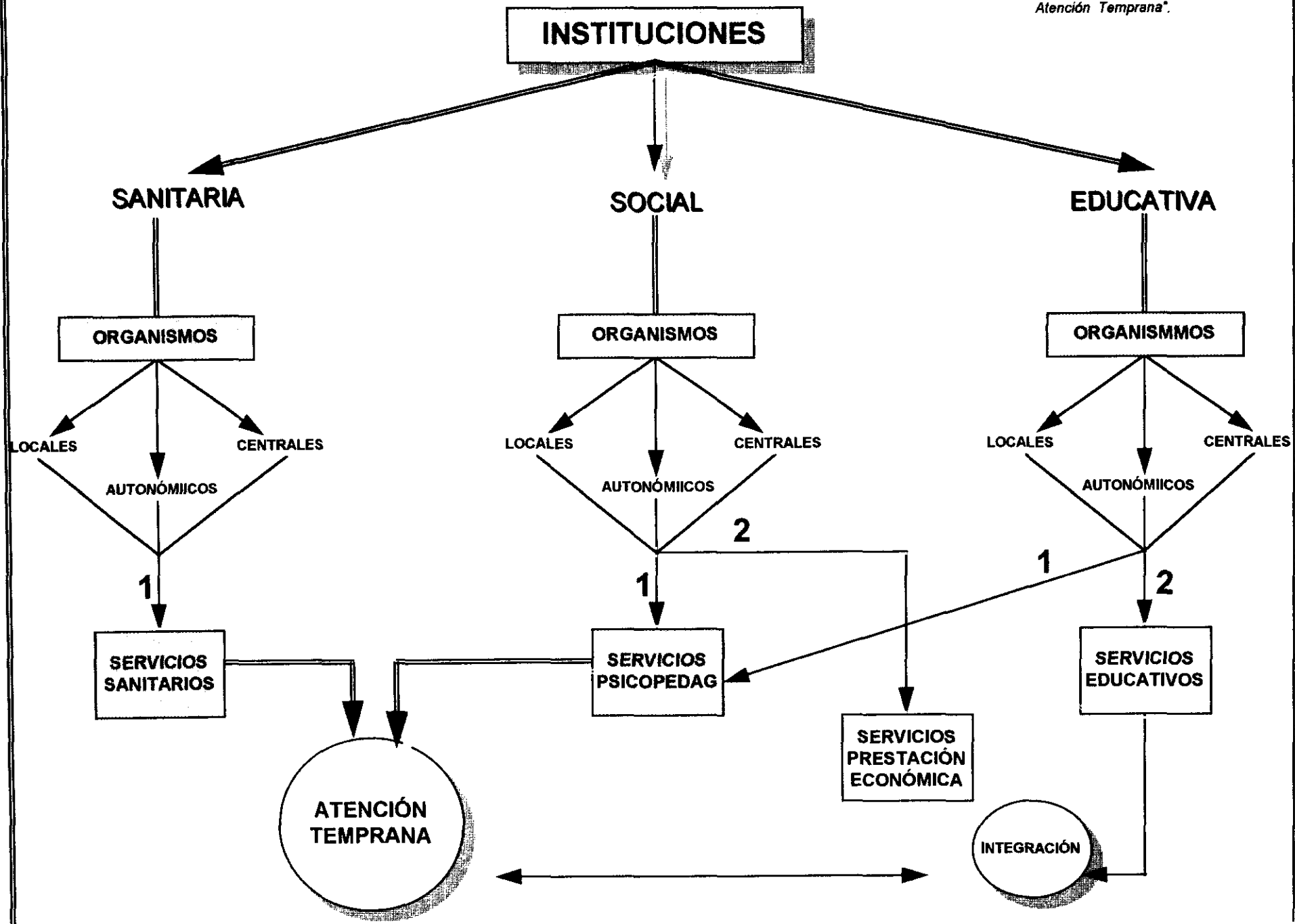
- Por un lado, en la mayoría de los casos, se ha incorporado sobre una base administrativa temporal y provisional, sustentada por organismos centrales, quedando así supeditada a un adecuado traspaso de competencias a los organismos comunitarios homólogos; y lo que todavía puede ser más grave, a sabiendas que se trata de una entidad interinstitucional, no todos los traspasos de organismos pertenecientes a las diferentes instituciones se realizan al mismo tiempo, se trata de un proceso gradual, que tiene lugar primero en un tipo de institución y posteriormente en otra.
- Y por otro lado, su funcionamiento depende en gran medida de la capacidad de coordinación con la que cuenten los diferentes organismos dentro de cada institución, de la capacidad de aunar esfuerzos y recursos hacia un mismo fin, capacidad de coordinación entre organismos comunitarios, centrales y locales; tendría muy poco sentido la creación de un sistema de Atención Temprana por cada uno de los grupos de organismos existentes.

A partir de este momento la dirección que toma en nuestro País no está siendo única y homogénea, pese a que se parte de un mismo modelo teórico. Los caminos que recorre son diversos, tantos como comunidades autonómicas existen. Su implantación y desarrollo depende de variables muy concretas de la realidad de cada autonomía, como pueden ser recursos económicos, iniciativas políticas específicas, iniciativas profesionales.....

- Estos organismos son los encargados de proponer, regular y asegurar los **servicios específicos** de Atención Temprana, agrupados básicamente bajo dos grandes categorías: *Servicios Sanitarios* y *Servicios Psicopedagógicos*

Gráfica 5

"Organización Administrativa de la Atención Temprana".



2.2 LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA POLÍTICA ASISTENCIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

A. Organismos Públicos Implicados en la Atención Temprana de la CAM

Actualmente, la Comunidad de Madrid se encuentra en pleno proceso de transferencia de competencias institucionales. Proceso que, aunque iniciado, no podemos considerar concluido. En los últimos años se han visto intensificados progresivamente los servicios de la CAM destinados a participar de forma conjunta y complementaria con las instituciones social educativa y sanitaria de índole "central". Ello ha supuesto un gran esfuerzo, no sólo a nivel de desarrollo de funciones, sino a nivel de coordinación. Tampoco es menospreciable el interés que los organismos autonómicos han puesto en la búsqueda de una labor complementaria y aunada con los organismos locales, sean éstos el ayuntamiento de la capital madrileña o los ayuntamientos de las provincias de Madrid.

B. Detección de Necesidades en los Servicios Públicos de Atención Temprana de la Comunidad Autónoma de Madrid

La revisión de la situación real a la que se enfrenta el sistema de Atención Temprana de cara a su incorporación y desarrollo práctico en el contexto nacional, y más concretamente en el comunitario, no sólo puede limitarse a un análisis de la estructura administrativa con la que cuenta para ello, sino que tiene que ir mucho más allá en la detección de necesidades.

Por el momento, contamos con una estructura más o menos sólida si consideramos los pequeños problemas de transferencias políticas que nos envuelven, pero al fin y al cabo no deja de ser una estructura sobre la que se ha podido iniciar la construcción de dicho

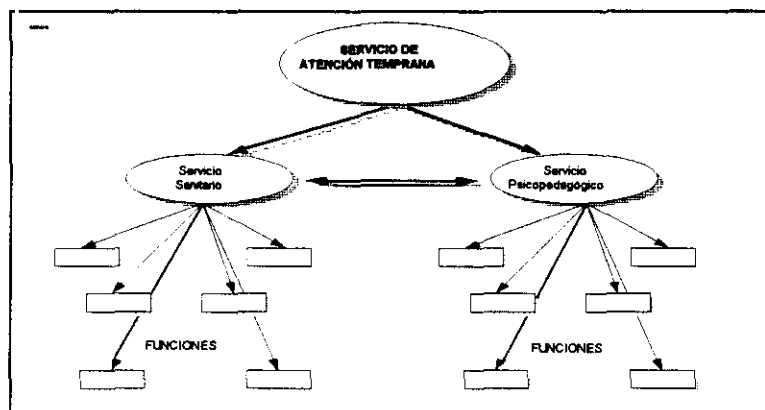
sistema, eso sí, conscientes que en cualquier momento puede surgir un cambio administrativo concreto que nos obligue de alguna forma a realizar algún tipo de modificación más o menos importante, situación que en principio no tiene porque darse si confiamos en un adecuado proceso de transformación administrativa, cada elemento de la estructura de carácter central, sobre la que nos apoyamos hoy por hoy, cuenta con un homólogo en el ámbito autonómico capacitado, en principio, para asumir el mismo tipo de funciones o cometidos.

Pero la traducción práctica de este nuevo elemento preventivo de la política asistencial no sólo necesita contar con una estructura administrativa sobre la que apoyarse, con la que por el momento parece que contamos, sino que necesita poder ser operativizado en términos de *Servicio*, servicio que se constituye a través de la sensibilización del ámbito o ámbitos profesionales implicados, a través de un listado concreto de funciones y competencias específicas del mismo, a través de una formación profesional concreta, a través de la ordenación y asignación de funciones y competencias entre estos profesionales, y lo que puede ser más importante, a través de todo un proceso de coordinación entre funciones y competencias, que es lo mismo que decir, entre las entidades y profesionales encargados de llevarlas a cabo.

a) El Servicio de Atención Temprana

Éste no es un servicio específico de un ámbito concreto de actuación, sino que, como hemos podido comprobar, es una conjunción de dos ámbitos actuación de diferente naturaleza disciplinar, por lo que estamos obligados a hablar de un doble servicio, el *Servicio Sanitario* y el *Servicio Psicopedagógico*; sin olvidar que ni uno ni otro por sí mismos cubren las funciones específicas de la Atención Temprana, sino que sólo quedarán cubiertas en la medida que ambos lleven a cabo una labor conjunta y coordinada, en la medida que uno y otro no sólo estén sometidos al cumplimiento de un servicio sanitario o psicopedagógico como meta final, sino en la medida que estén sometidos a cumplir con un servicio de Atención Temprana, única meta de la que

parten y a la que tendrán que llegar. Pasemos a revisar cuáles serían a grandes rasgos las funciones que conformarían por un lado el servicio sanitario, y por otro el servicio psicopedagógico, para pasar posteriormente a valorar cuál está siendo el proceso de incorporación del Servicio de Atención Temprana en la Comunidad de Madrid y poder así detectar cuáles van a ser las necesidades a cubrir de cara a su consagración final, ¿en qué etapa o fase se encuentra actualmente?, ¿qué camino le queda por recorrer?, ¿qué va a necesitar para poder hacerlo?.



SERVICIO SANITARIO/ La institución que de forma predominante se encarga de este servicio es la *sanitaria*/ "FUNCIONES":

1. Detección de cualquier tipo de anomalía o déficit de desarrollo en el niño desde sus primeros momentos tras el nacimiento. Especial alerta entre aquellos que se encuentran en situación de riesgo antes, durante y después del parto.
2. Valoración y Diagnóstico provisional.
3. Pronóstico esperado que facilite la intervención precoz.
4. Toma de contacto familiar/ primeras orientaciones.
5. Primeras pautas de intervención psicopedagógica, fundamentalmente si el niño tiene que permanecer hospitalizado un período de tiempo tras el nacimiento.
6. Derivación extrahospitalaria.
7. Control y seguimiento.

8. Investigación/ estudio científico sobre esta población y sus posibilidades.

Estas funciones son más específicas del ámbito hospitalario, contando que es el lugar donde el niño nace o es derivado ante el más mínimo problema. Pero, será también muy importante la labor que los pediatras de Atención Primaria de los Centros de Salud realicen, tanto en la detección de signos de alarma y su consecuente derivación al Hospital, como en el seguimiento y control que deben llevar a cabo una vez que el niño sale del Hospital y recibe tratamiento psicopedagógico.

SERVICIO PSICIPEDAGÓGICO/ La Institución predominante en el desarrollo de estos servicios es la *Educativa*, pero, cuando la realidad desborda a la teoría tendrá que ser subsanado por otras vías o mecanismos; en este caso, la labor psicopedagógica específica de la Atención Temprana no puede ser emprendida en su totalidad por el ámbito educativo como consecuencia de los límites que su propia realidad le impone. Será la institución *Social* la destinada a complementar la labor psicopedagógica de la Atención Temprana allí donde el ámbito educativo no pueda llegar/ "FUNCIONES":

1. Asignación del lugar en el que se proporcionará la intervención psicopedagógica requerida.
2. Confrontación con la valoración y diagnóstico médico/ Emisión de los mismos de forma complementaria.
3. Diseño del programa de intervención multiprofesional en función de cada caso concreto.
4. Aplicación del programa de intervención.
5. Seguimiento y control de cada caso de forma individualizada.
6. Derivación médica en los casos requeridos/ confirmación de sospechas que pueden determinar el resultado de la intervención.
7. Investigación/ Conocimiento científico sobre la población con la que se trabaja y sus posibilidades.

8. Búsqueda de canales de integración siempre que sean posibles y favorecedores al caso concreto. Intentar mantener un período de integración lo más largo posible. Ante un niño que pueda ocupar una plaza ordinaria evitar, en la medida de lo posible, que ocupe una plaza de integración.

Dentro del ámbito educativo es muy importante el papel que el educador puede jugar de cara a una detección de anomalía temprana en el desarrollo del niño no detectada previamente, así como la búsqueda de una derivación pertinente.

Dentro de la institución social y educativa existen otras funciones que de manera indirecta afectan a la Atención Temprana, pero que no hemos considerado por desbordar las funciones específicas de los dos servicios que la constituyen de manera directa (sanitario, psicopedagógico); se trata de la función de prestaciones económicas que tendría lugar dentro de la institución social.

b) La Incorporación del Servicio de Atención Temprana en la CAM

La Comunidad de Madrid se encuentra en pleno proceso de incorporación de este servicio como nuevo objetivo de su sistema asistencial. El carácter interdisciplinar inherente al mismo está creando una gran dificultad en todo intento de agilización, situándonos en un lugar todavía muy lejano al deseado. Como todo proceso, su incorporación, desarrollo y consolidación cuenta con unas etapas o fases por las que hay que pasar de forma progresiva. El situarnos en una u otra etapa no implica haber superado de forma completa la fase anterior, en ocasiones no sólo es irremediable, sino conveniente, avanzar hacia las últimas etapas, aunque manteniendo una incidencia constante sobre las anteriores.

PRIMERA FASE: " Fase de Sensibilización"

Esta fase comprende el período de concienciación de los profesionales y entidades implicadas directamente en este campo de intervención. Concienciación de la necesidad

de trabajar "en" y "por" esta línea sobre la población con necesidades de carácter preventivo, fundamentalmente ante población de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica y deficiencias documentadas. Generalización de su modelo teórico a través de los distintos campos científicos implicados.

- *Ámbito Sanitario:* Quizás sea el campo donde más esfuerzos esté costando incorporar esta nueva necesidad ante el predominio de una actitud de incredulidad y desconfianza hacia los posibles resultados de la misma; probablemente tenga que ser una formación teórica adecuada la que modifique esta postura, también una valoración de resultados de experiencias realizadas tendrá mucho que decir, y de hecho ya está comenzando a producir sus efectos en la actitud sanitaria. Por el momento son diversas las iniciativas sanitarias destinadas al tratamiento temprano de las anomalías o las situaciones de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica, fundamentalmente en el área hospitalaria de la capital madrileña. Pero, todavía encontramos una gran laguna a nivel de red de Centros de salud, donde quedan incorporados los pediatras. La figura del pediatra juega un importante papel como elemento clave, a veces, en la detección de anomalías, y siempre, en el control y seguimiento de los casos declarados. Ni mucho menos podemos considerar esta primera fase como superada en el ámbito sanitario, todavía queda mucho por hacer en su generalización científica, tanto teórica como práctica, así como en la implicación de los profesionales que mantienen una relación directa con la población susceptible de recibir este tratamiento.

- *Ámbito Psicopedagógico*

No ocurre lo mismo en el campo psicopedagógico, los niveles de sensibilización pueden considerarse bastante aceptables. Pocos profesionales de la psicología o pedagogía ponen hoy en duda la relevancia de la Intervención Temprana en los casos de anomalías o situación de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica, especialmente los que de manera directa quedan implicados en el tratamiento de

esta población. Otra cosa muy distinta sería preguntarnos sobre la capacidad profesional de muchos de nosotros para desempeñar la labor de este tipo de intervención, pero ya correspondería a la fase siguiente. Por el momento podemos asegurar unos buenos niveles de sensibilización, siendo necesario profundizar algo más en la fundamentación de esta sensibilización, buscando una sensibilización mucho más consciente. En definitiva, tampoco aquí deberíamos considerar esta fase como finalizada, quizás más que en la sanitaria, pero todavía queda mucho por conseguir.

SEGUNDA FASE: *"Fase de distribución y delimitación de funciones y competencias"*

Esta fase comprende el período posterior al de la sensibilización. Una vez que estamos concienciados de la necesidad de incorporar la labor de Atención Temprana a nuestra actividad: ¿cómo se va a llevar a cabo?, ¿cuál va a ser la función y cometido de cada uno?, ¿qué perfil profesional se va a requerir?, ¿cómo se va a formar a este profesional?.

- *Ámbito Sanitario*

Si atendemos al bajo nivel en el que se encontraba en la etapa previa a ésta no es difícil detectar las limitaciones que va a presentar en el desarrollo y avance de la misma. La distribución de funciones y competencias debe realizarse primeramente dentro de cada una de las redes que conforman los centros sanitarios. ¿Qué especialistas quedan relacionados directamente con este campo de actuación?, ¿qué funciones y cometidos son propios de cada uno de estos especialistas?. ¿Cuál debe ser la labor de los Pediatras como principal elemento de contacto con esta población en el área de la Atención Primaria?. ¿Cómo debe ser enfocada la formación de Neurólogos Infantiles, Neonatólogos, Psiquiatras Infantiles, Enfermeras de servicios de neonatología..... de cara a la asignación de esta nueva función de índole preventiva?. Por el momento, la sistematización de la asignación y delimitación de funciones de Intervención Temprana en el campo médico deja

mucho que desear. Nos encontramos en una situación en la que surgen las iniciativas de forma muy aislada y personalizada, origen de una voluntad individual, y no como fruto de una programación o sistematización previa de todo un cuerpo científico sanitario.

- *Ámbito Psicopedagógico*

La situación en esta fase no es mucho más alentadora que en el ámbito sanitario, aunque la causa tiene un origen muy distinto. El campo sanitario cuenta con unos problemas de sensibilización que nada tienen que ver con el ámbito psicopedagógico, pero también es verdad que mientras en lo sanitario contamos con un único cuerpo profesional con diferentes especialidades, el médico, en lo psicopedagógico aparece más de un colectivo profesional, principalmente el pedagógico y el psicológico, sin contar otras posibilidades como son el cuerpo de maestros, u otras titulaciones complementarias algo más específicas, como son la logopedia, y la fisioterapia, quizás esta última más a caballo entre lo médico y psicopedagógico. Y mientras el campo sanitario pertenece a un único organismo o institución, el psicopedagógico cuelga de dos instituciones de muy diferente naturaleza entre sí, como es la educativa y la social, debido a las limitaciones que el organismo educativo presenta por sí sólo ante este cometido. En definitiva, nos encontramos en un nivel bastante inferior en lo que a esta etapa se refiere, queda mucho por hacer en la atribución de funciones y competencias en el tratamiento psicopedagógico. Por el momento predomina una línea, no tanto de búsqueda de funciones correspondientes a cada uno de los profesionales implicados, como de búsqueda de qué tipo de profesional se adapta mejor a una determinada función; lo que está creando una gran confusión y controversia en torno a cada uno de los cuerpos profesionales que hasta el momento han desarrollado una labor concreta dentro de este ámbito. Existen verdaderas dudas sobre la formación que debe tener el profesional implicado en esta labor psicopedagógica, no tanto ya en formación como en titulación. Existen también dudas en torno a la variedad de

profesionales que deben asumir una función específica dentro de esta área, ¿realmente se necesita tan variado panel de profesionales a la hora de llevar a cabo el servicio psicopedagógico en la Atención Temprana?

TERCERA FASE: *"Ordenación y Estructuración de Funciones/ Coordinación Interna"*

Entramos en una fase básica de coordinación entre los sectores que constituyen cada uno de los servicios generales de Atención Temprana. Una vez determinadas y distribuidas las funciones, ¿cómo van a ser delimitadas las competencias entre los distintos sectores? ¿cómo se van a establecer los mecanismos de actuación conjunta entre ellos?, ¿cómo va a quedar la organización/ estructura interna?

- *Ámbito Sanitario*

- "Red de Hospitales Generales" (Atención Especializada)

Establecimiento de los canales de coordinación interna del hospital, canales que posibiliten un tratamiento individualizado, eficaz y eficiente de todos y cada uno de los casos susceptibles de tratamiento temprano. Coordinación de la labor preventiva de los especialistas sanitarios implicados .

- "Red de Hospitales Provinciales" (Atención Especializada)

Establecimiento de los canales de coordinación interna. Determinación de sus cometidos y funciones específicas frente al hospital general. Establecimiento de los mecanismos adecuados de derivación a los hospitales generales en aquellos casos que desborden su función.

- "Red de Centros de Salud" (Atención Primaria)

Determinación de las funciones específicas de los pediatras frente a los hospitales; delimitación de cometidos que desbordan al centro de salud; creación de mecanismos eficaces de derivación a los hospitales.

Creación de vías de comunicación entre los tres sectores a partir de una previa organización estructurada de funciones. Unificación de criterios y terminología en la valoración, pronóstico y emisión de informes diagnósticos.

- *Ámbito Psicopedagógico*

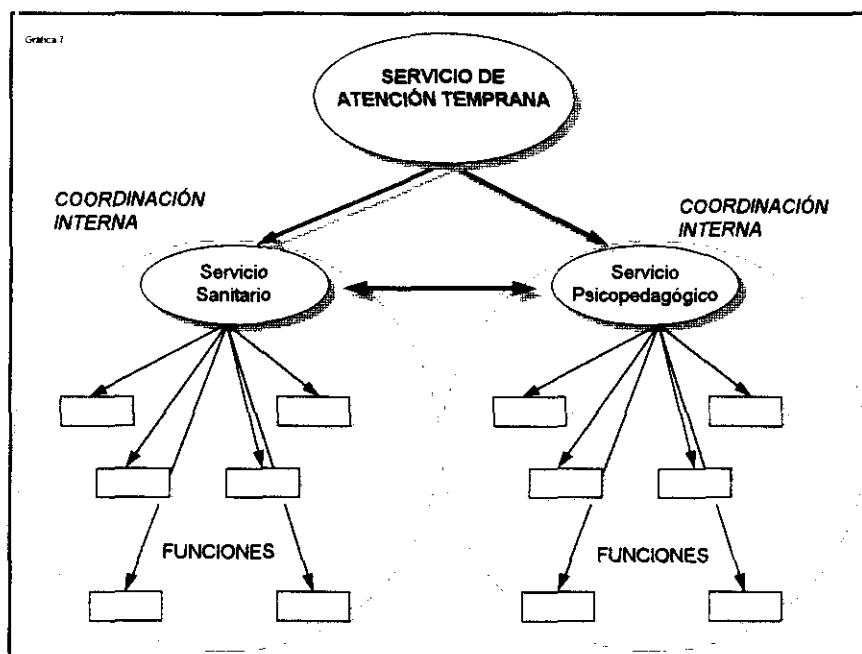
- "Red de Centros de Atención Temprana" dependientes de organismos sociales

Establecimiento de las funciones específicas de todo centro que queda incorporado en la red. Unificación de estructura y organización interna de todos y cada uno de ellos. Creación de los mecanismos de coordinación entre los diversos centros que componen la red. Unificación de criterios de valoración, diagnóstico y tratamiento. Acotación y limitación de las zonas en la que tienen competencia cada centro. La diferencias existentes entre unos y otros sólo estará en función del lugar o zona de Madrid donde queden establecidos.

- "Red de Equipos de Atención Temprana" con actuación dentro de la escuela Infantil, dependientes de los organismos educativos. Unificación de criterios de organización y estructura interna de todos los equipos que constituyen la red. Unificación de criterios evaluativos y de tratamiento. Creación de los mecanismos de coordinación entre los equipos. La diferencia existente entre unos y otros estará en función de la zona de Madrid donde quede ubicada la Escuela Infantil a la que queda destinado su servicio. Por último, sólo quedaria establecer los mecanismos de coordinación entre ambas redes. Establecer los mecanismos de unificación entre criterios y terminología valorativa y de tratamiento. Búsqueda de una comunicación que evite solapamientos de tratamientos si tenemos en cuenta que muchos niños sometidos a tratamientos en centros de índole social, a lo largo del mismo, pueden quedar integrados en una Escuela infantil donde el equipo de apoyo a la misma puede iniciar paralelamente una intervención temprana, no siendo ésta una situación conveniente. También es importante crear unas vías de relación entre los centros especializados pertenecientes al organismo social con estos servicios educativos donde quedan integrada la población a la que

asisten. La coordinación entre los equipos de apoyo y la escuela a la que ofertan sus servicios se da por hecha.

La conquista de esta fase supone un elevado nivel de desarrollo, nivel ante el que todavía nos encontramos muy distantes dentro de la Comunidad de Madrid. Distancia aún más acusada en el ámbito sanitario, origen de las limitaciones que venimos encontrando a lo largo de todo el proceso de incorporación si atendemos a los niveles en los que se sitúa en etapas previas a ésta. Pese a ello, no hay que despreciar la labor emprendida en algunos sectores muy concretos situándonos así, al menos en principio, en unos mínimos aceptables de cara a la iniciación de esta fase, aunque todavía los podemos considerar de naturaleza demasiado aislada e individualizada, repercutiendo muy directamente sobre los resultados obtenidos y los esperados. Es indudable que la conquista de esta fase del proceso no a hecho más que iniciarse, y como todo inicio es positivo, pero no suficiente.



CUARTA FASE: *"Coordinación Externa/ Globalizadora del Sistema de Atención Temprana".*

Entramos en la última fase del proceso de *incorporación y desarrollo* del Sistema de Atención Temprana y, por tanto, etapa clave en la clausura del mismo; pudiendo hablar más bien de clausura del proceso de *incorporación del sistema*, pero no de clausura del *proceso de desarrollo* si no es en términos de "iniciación del desarrollo"; un proceso de desarrollo jamás puede o debe considerarse cerrado, sino abierto a cualquier cambio o eventualidad, sólo así conseguiremos un *sistema flexible*, cualidad imprescindible en todo sistema con aspiraciones de progreso. Hasta el momento tenemos una sensibilización, una distribución de funciones entre las entidades propias y una coordinación interna entre las mismas; a partir de ahora hay que elaborar una coordinación externa que posibilite la labor conjunta y aunada de ambos servicios, constituyendo y englobando así el único servicio del que partimos, el servicio de Atención Temprana.

La mayor parte de las funciones que de forma general caracterizan a uno u otro servicio, el sanitario o psicopedagógico, contempladas en el punto "El Servicio de Atención Temprana" (pág. 39-42), carecen de un principio y un fin dentro del área de actuación donde se encuentran, normalmente la función que tiene un inicio en el sanitario tiene un fin en el psicopedagógico, de igual forma, la que tiene un inicio en el psicopedagógico tiene su fin en el sanitario; por tanto, ni uno ni otro servicio tienen un fin en sí mismo, sino que tienen un fin en un ámbito de actuación mucho más amplio y que engloba a ambos, su fin tiene que cumplir con algo más que con una intervención sanitaria o con una intervención psicopedagógica, tiene que cumplir con una intervención temprana, y sólo partiendo de un apoyo mutuo llegarán a él, sólo en la medida que sean capaces de compartir y aunar esfuerzos en el desempeño de sus funciones aparentemente propias, alcanzarán su verdadero objetivo en esta materia y no otro. Esta situación va a exigir la creación de unos sólidos mecanismos de coordinación entre el ámbito sanitario y el ámbito psicopedagógico en el marco de la Atención Temprana.

- *Ámbito Sanitario*

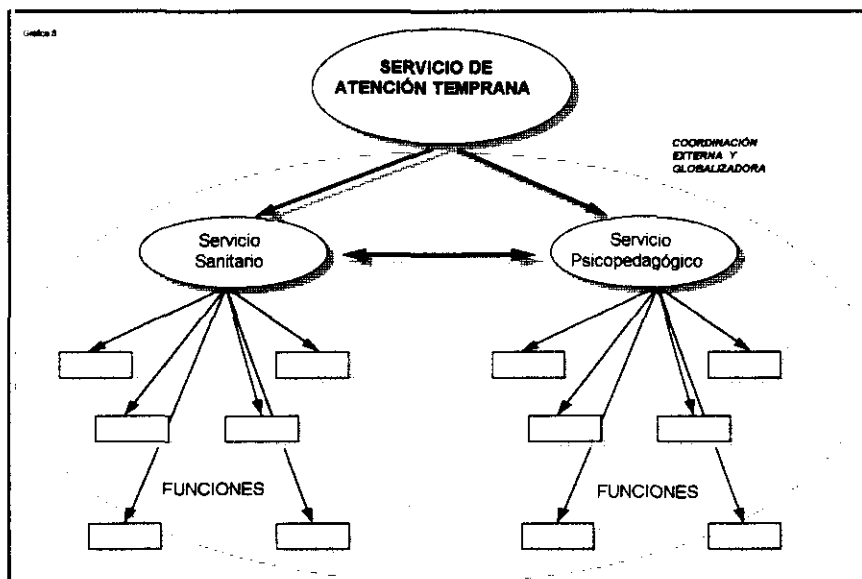
- "FUNCIÓN 1": La **detección temprana** encuentra su justificación en la necesidad de un tratamiento *psicopedagógico* lo más precoz posible.
- "FUNCIONES 2/ 3": La **valoración/diagnóstico y pronóstico** deben estar en función de la tratamiento *psicopedagógico* que debe recibir el sujeto, por lo que la configuración de los mismos están determinados y condicionados por el tratamiento, sus elementos y contenidos se ajustarán a la intervención.
- "FUNCIONES 4/ 5": Las primeras **orientaciones familiares y pautas de intervención psicopedagógica** deben cumplir las características básicas de la intervención posterior, tanto a nivel familiar como a nivel del individuo que recibe el tratamiento. La intervención debe seguir una linealidad, independientemente del ámbito dónde tenga su origen o posteriormente su seguimiento. La intervención sanitaria en este nivel debe cumplir los requisitos mínimos que van a caracterizar la intervención *psicopedagógica* posterior.
- "FUNCIÓN 6": La derivación extrahospitalaria, fundamentalmente, exige un conocimiento de la situación fuera del ámbito sanitario, exige una comunicación y colaboración con el ámbito *psicopedagógico*, ámbito externo al sanitario.
- "FUNCIÓN 7": El **control y seguimiento** exige una comunicación y colaboración constante con el ámbito de actuación *psicopedagógico*, situación a la que se somete al individuo durante el período de tiempo de la intervención, susceptible de recibir control y seguimiento.
- "FUNCIÓN 8": La **investigación médica-científica** sobre la población susceptible de recibir este tipo de atención necesita de los resultados obtenidos a través de la intervención *psicopedagógica*. Toda investigación está destinada a mejorar la actuación práctica, y sólo en la medida que esta investigación esté fundamentada en los resultados de la intervención psicopedagógicas podrán ser de utilidad a la labor médica del diagnóstico y pronóstico, labor imprescindible dentro de este sistema, por lo tanto, imprescindible para la intervención psicopedagógica.

- *Ámbito Psicopedagógico*

- "FUNCIÓN 2": La **valoración y diagnóstico** psicopedagógico debe realizarse en base al diagnóstico *médico*. Es importante mantener cierta linealidad y complementariedad en la elaboración del mismo. La terminología médica empleada en el mismo debe favorecer la información, ello requiere una acomodación por parte de ambos campos; el diálogo y comunicación debe ser fluido.
- "FUNCIONES 3/ 4": El **diseño y aplicación del programa de intervención**, creado a partir de la valoración, debe mantener una linealidad y coherencia con las orientaciones que se iniciaron previamente en el campo *médico*. Ello exige mantener un estrecho contacto con el campo sanitario implicado.
- "FUNCIONES 5/ 6": El **seguimiento y control** del individuo sometido a tratamiento psicopedagógico no sólo puede reducirse a un control del programa, sino que obliga a una constante información *médica*, el mantenimiento o remodelaciones de un programa concreto está muy condicionado por la evolución clínica que puede sufrir el sujeto. Al mismo tiempo, el profesional encargado de la intervención psicopedagógica debe mantener una alerta ante cualquier sospecha susceptible de revisión médica. Por lo tanto, deberá existir un mecanismo eficaz de derivación sanitaria que no sólo sirva de traslado del individuo, sino también de las cuestiones e incertidumbres que han provocado esa derivación desde el campo psicopedagógico; mecanismos capaces de devolver la información médica resultante al campo psicopedagógico.
- "FUNCIÓN 7": La **investigación científica psicopedagógica** está tan condicionada por el conocimiento *médico*, como el médico por los resultados psicopedagógicos. Ambos cuerpos deben mantener un esfuerzo común en torno a la investigación, no sólo desde la perspectiva sanitaria o psicopedagógica, sino

desde una perspectiva de Atención Temprana, donde el conocimiento de uno de ellos carece de valor sin las aportaciones del otro.

Semejante situación sólo tiene una posibilidad de transformación práctica, esta posibilidad no es otra que el desarrollo de unos *mecanismos de coordinación* en base a un adecuado sistema de redes de comunicación, sistema que proponga y delimite los canales capaces de transferir de forma eficaz y eficiente la información entre ambas áreas de actuación. Este sistema debe ajustarse a la necesidad de retroalimentación de la información, necesidad de la que parten ambos sectores de cara a su coordinación. Estos mecanismos de coordinación deben asegurar un contacto permanente entre el servicio sanitario y el psicopedagógico, un contacto que permita en todo momento un desempeño de funciones de forma complementaria, donde la actuación de cada uno de ellos siempre esté en función y en apoyo del otro. A partir de estos mecanismos, queda diseñada la principal estructura del Servicio, momento en el que podemos dejar de hablar de un servicio sanitario o psicopedagógico en el contexto de la Atención Temprana, para hablar de un auténtico y único servicio de Intervención Temprana o Precoz.



Nos situamos en la fase donde encontramos el mayor vacío en iniciativas, al menos en nuestra Comunidad, etapa donde se intensifica la detección de necesidades. La laguna existente en *mecanismos de coordinación* evidencia una situación muy precaria en cuanto a lo que se refiere a esta etapa. El panorama de las fases anteriores tampoco era muy alentador, sobre todo el de las próximas a ésta, pero al menos, las iniciativas existentes aseguran una iniciación, más o menos sólida, pero real, algo de lo que aquí todavía carecemos. Será importante aprovechar la labor previa a esta fase de cara a iniciar o introducir algún tipo de iniciativa que cambie el panorama de esta situación.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe en la CAM un sistema de coordinación interinstitucional que, posibilitando la interdisciplinariedad, permita la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de intervención sanitaria y psicopedagógica en su tarea de detección, diagnóstico e intervención con población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, o lo que es lo mismo, en el ámbito de la Atención Temprana?



¿Existe en la actualidad en la CAM, en el ámbito de la Atención Temprana, la puesta en marcha y desarrollo de unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional que alcancen los deseados niveles de coordinación entre todas y cada una de las instituciones implicadas en el proceso de intervención sanitaria y psicopedagógica en la tarea de detección, diagnóstico e intervención con población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, de cara a la consecución de una intervención coherente e interdisciplinar propia de este marco de actuación?, ¿Se pueden considerar, las actuales iniciativas emprendidas en materia de coordinación interinstitucional como unos mecanismos lo suficientemente sólidos?

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA DE RESOLUCIÓN

Una vez planteado y concretado el problema cabe preguntarnos, cómo vamos a enfrentarnos a su resolución. Hay que partir necesariamente de un **planteamiento metodológico**¹ capaz de iniciar y guiar el camino hacia la solución o aclaración del mismo.

Este planteamiento metodológico, como estrategia de resolución, exige un primer paso en el campo de la concreción y delimitación de:

- el tipo de estudio a emprender
- las hipótesis
- el elemento susceptible de estudio
- el proceso a seguir

1. DELIMITACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

Nos situamos en una investigación aplicada (Arnal, J., 42, 1992) si atendemos su finalidad que nos es otra que la resolución de un problema práctico inmediato, como es el de la coordinación interinstitucional, en orden a transformar las condiciones del

¹Pérez Álvarez, S. (1991) *Las investigaciones exploratorias y descriptivas en las C.C. de la Educación*. Buenos Aires: Ediciones Braga

Arnal, J.; del Rincón, D. y Latorre, A. (1992) *Investigación educativa: Fundamentos y metodologías*. Barcelona: Editorial Labor.

sistema de Atención Temprana y la calidad de sus prestaciones, tal y como vimos en la exposición sobre el objeto de estudio de este trabajo.

Al mismo tiempo, y también a tendiendo al objeto de estudio, donde buscamos conocer la existencia o inexistencia de unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional dentro de la CAM en el ámbito de la Atención Temprana, nos encontramos ante una investigación de carácter descriptivo (Pérez Álvarez, 23, 1991), cuyos resultados pueden servir, ya no sólo como un instrumento de cara a la propuesta de unas recomendaciones o planes para la actuación o intervención en el medio estudiado con miras a su modificación o mejora, sino también como un nuevo mecanismo hipotético, susceptible de una posterior investigación experimental.

Partimos de una modalidad de investigación, la *cuantitativa* y de una perspectiva metodológica, la *empírico-analítica*. Tratando de centrarnos fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación del fenómeno estudiado y sirviéndonos de la estadísticas para el análisis de los datos y el posterior contraste de hipótesis.

2. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

Siguiendo a Arnal, J. (1992), el primer paso después de plantear el problema es el preguntarse cuál o cuáles son las soluciones más probables como respuesta a éste. Las hipótesis son una exigencia metodológica que nos ayudará a orientar toda la investigación y potenciará su eficacia. De alguna manera, anticipamos la respuesta con el fin de contrastarla a través de un proceso deductivo que nos llevará a los datos empíricos, los que, en última instancia, nos van a permitir dicha contrastación (Pérez

Álvarez, 26, 1991). Nos encontramos ante unas hipótesis *inducidas* ya que provienen de la observación de los hechos y, en este primer momento de bajo nivel de concreción, ante hipótesis *conceptuales*, también denominadas *científicas o sustantivas*².

HIPÓTESIS CONCEPTUALES

En la CAM no existe un sistema de coordinación interinstitucional que, favoreciendo la interdisciplinariedad, permita la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de actuación sanitaria y el psicopedagógico en su tarea de detección, diagnóstico e intervención en la población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, o lo que es lo mismo, en el ámbito de la Atención Temprana.



1. No existe una **coordinación interinstitucional** capaz de sustentar un proceso de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre las distintos organismos implicados en la actividad sanitaria y psicopedagógica que dé paso a la consolidación de un sistema concreto de actuación en este ámbito:



1.1 No existe una **coordinación entre la institución sanitaria y la social** que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.



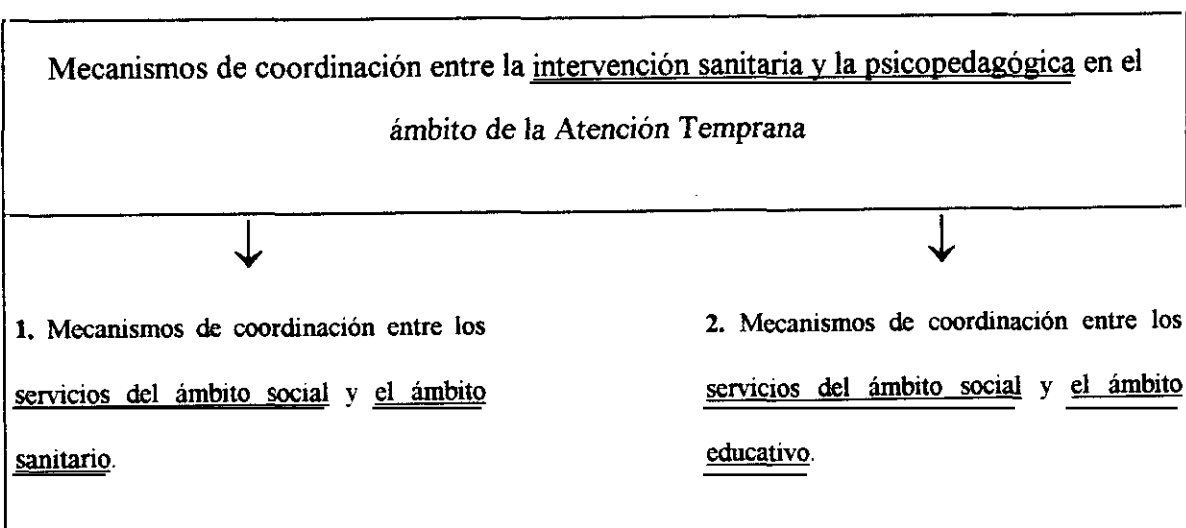
1.2 No existe una **coordinación entre la institución social y la educativa** que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.

²Astí Vera, A. (1972) *Metodología de la Investigación*. Madrid: Cincel

3. DELIMITACIÓN DEL ELEMENTO OBJETO DE ESTUDIO

Una vez formuladas las hipótesis a nivel conceptual nos encontramos en disposición de delimitar los elementos susceptibles de análisis y estudio. los que de alguna manera, también van a guiar el proceso de la investigación al convertirse en la base de su diseño (*gráfica 9*)

El origen de la presente investigación tiene lugar en el campo de la Atención Temprana, concretamente en el área de la intervención psicopedagógica como tratamiento específico en población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo de padecerla con fines preventivos, habitualmente en manos de los servicios propios del ámbito social. Es desde este campo desde donde hacemos un llamamiento a la necesidad de establecer un mecanismo de coordinación con otros ámbitos donde tiene lugar una actividad relacionada directamente con esta intervención en la medida que tiene una repercusión en la misma y, a su vez, ésta puede repercutir en la actividad que tiene lugar en estos otros, como es la emprendida en el ámbito sanitario o en el ámbito escolar de contexto ordinario, donde la intervención psicopedagógica ocupa un determinado lugar o parcela en el área de la integración educativa. Por tanto, los elementos susceptibles del análisis podemos concretarlos de la siguiente manera:



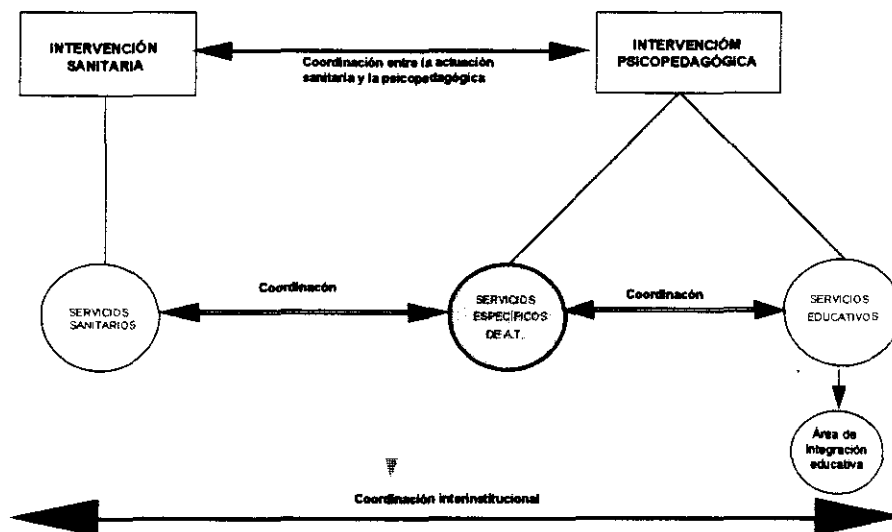


2.1 Papel de los distintos servicios y profesionales educativos en el proceso de integración educativa donde tiene lugar la intervención psicopedagógica con repercusión en el campo de la Atención Temprana.



2.2 Mecanismos de coordinación entre éstos y los servicios de la institución social

Gráfica 8



Estos elementos configuran el Universo y Población de la presente investigación:

1. Ámbito Social

Conjunto de servicios enmarcados dentro de la institución social comunitaria, donde tiene lugar una intervención psicopedagógica como tratamiento específico con fines preventivos destinado a la población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo de padecerla. Normalmente son los denominados Centros de Atención Temprana, bien de naturaleza pública, bien de naturaleza privada como sociedades sin ánimo de lucro, quienes reciben subvenciones de las administraciones públicas.

2. Ámbito Sanitario

Conjunto de servicios enmarcadas dentro de la institución sanitaria comunitaria, concretamente en el ámbito de la sanidad especializada, hospitales, en los que tiene lugar algún tipo de tratamiento médico de niños de 0-3 años con algún tipo de repercusión a nivel psicofísico y, por tanto, significativa de cara al diseño de la intervención psicopedagógica con fines preventivos. Normalmente aquellos donde tiene lugar una intervención lo más globalizada y significativa posible, como son los servicios de Neonatología, Neuropediatría, Rehabilitación Infantil y en su caso, un servicio propio de Atención Temprana.

3. Ámbito Educativo

Conjunto de servicios enmarcados dentro de la institución educativa comunitaria, concretamente en el ámbito de la Educación Infantil y en el área de la integración, en la que tiene lugar el proceso de intervención psicopedagógica con repercusión en el campo de la Atención Temprana. Normalmente conformados por los Centros de Educación Infantil de carácter público, bien comunitario o local y los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana de titularidad comunitaria encargados de apoyar y asesorar a estos centros en su labor educativa.

4. PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir no es otro que el propio proceso de investigación, el que está encaminado o dirigido a dar respuesta o solución al problema planteado. Este proceso está basado en los siguientes pasos o secuencias³:

Proceso hipotético

1º) Partimos de un proceso hipotético de carácter inductivo con el que, a través del planteamiento de unas hipótesis conceptuales, tratamos de dar una posible respuesta a dicho problema.

Proceso deductivo

2º) Elaboramos un marco teórico capaz de dirigir la contrastación empírica de la hipótesis planteadas a través de un proceso deductivo. En el presente estudio partimos de tres grandes supuestos susceptibles de verificación:

1. El supuesto de la existencia de un campo concreto de actuación que *responde al término y concepto de Atención Temprana*.
2. El supuesto *teórico* de la *necesidad de coordinación* interinstitucional en este campo de actuación.
3. Además, del supuesto *práctico* de esta necesidad.

Este marco teórico cumple dos objetivos:

³MÉTODO HIPOTÉTICO-DEDUCTIVO Arnal, J.; del Rincón, D. y Latorre, A. (1992) *Investigación educativa: Fundamentos y metodologías*, pág. 18. Barcelona: Editorial Labor.

1. Aclaración conceptual y terminológica de la Atención Temprana, teniendo en cuenta que es un campo de actuación muy reciente y que se ha impuesto de forma muy rápida, sin casi tiempo a la reflexión, análisis y organización. Esta aclaración, permitirá delimitar y definir con precisión el marco teórico-práctico de la Atención Temprana, contexto del presente estudio.
 2. Justificación teórica y práctica de la necesidad de coordinación interinstitucional en el ámbito de la Atención Temprana, concretamente en el marco de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- 3º) Una vez asentadas las bases teóricas elaboramos el ~~marco de contrastación empírica~~ estableciendo las bases metodológicas del *estudio de campo*⁴, desde donde obtendremos los datos empíricos que nos permitirán el contraste de las hipótesis planteadas. Pero no sin antes haber realizado la obligada operativización de variables e hipótesis, lo que las convertirá en susceptibles de medición y contrastación respectivamente:
1. Bases metodológicas del estudio de campo: selección de muestra, elaboración de los instrumentos de medida, plan de recogida de datos, plan de análisis de datos
 2. Operativización de variables e hipótesis
 3. Estudio de campo: muestreo, instrumentos de medida, recogida de datos, análisis de datos
 4. Resultados, contrastación de las hipótesis a partir de los datos empíricos obtenidos, dando una posible respuesta al problema de investigación.

⁴Estudio de Campo, según propone Amal (45, 1992), cuando el marco en el que tiene lugar la investigación es el de la situación natural donde transcurren los hechos observados

- Alyward, G.P.** (1989) "Follow-up Outcomes of Low Birthweight Infants: Conceptual Issues and a Methodology Review" *Aust. Pediatr.J.*; 1989; Vol. 25; Págs: 3-5
- Arnal, J.; Del Rincón, D.; Latorre, A.** (1992) "Investigación Educativa: fundamentos y metodologías". Barcelona: Labor
- Asti Vera, A.** (1972) "Metodología de la investigación". Madrid: Cincel
- Bergquist, W.H. y Armstrong, J.** (1987) "Planning Effectively for Educational Quality". The Jossey-Bass: London
- Brooks-Gunn** (1992) "Enhancing the Cognitive Outcomes of Low Birth Weight, Premature Infants: for Whom is the Intervention Most Effective?" *Pediatrics/ Junio*; 1992; Vol: 89; Nº 6; Págs: 1209-1215
- Cobo Medina, C.** (1984) "Algunas Consideraciones sobre la Protección a la Infancia en España" *Menores*; 1984; Nº 2; Págs: 16-35
- Cuña Novas, M.** (1989) "Reflexiones sobre los Derechos de la Infancia" *Menores*; 1989; Nº 17-18; Págs: 59-70
- Enríquez Novas, M.** (1989) "Defensa de los niños Internacional" *Menores*; 1989; Nº 17-18; Págs: 91-98
- González Bueno, F.** (1989) "Convención Internacional y Situación de la Infancia" *Menores*; 1989; Nº 17-18; Págs: 71-80
- Elliman** (1991) "Coordination in Low Birthweight Seven-Year-Old" *Acta Pediatr. Scand*; 1991; Nº 80; Págs: 316-322
- Escobar y Col.** (1991) "Outcome Among Surviving Very Low Birthweight Infants: a Meta-Analysis" *Archives of Disease in Childhood*; 1991, Vol.66, Pág: 204-211
- Fejerman, N. y Fernández Álvarez** (1987) "Fronteras entre Neuropediatría y Psicología: Conducta- Lenguaje- Aprendizaje" Nueva Visión: Buenos Aires
- Gimeno, J.** (1988) "El Curriculum: una Reflexión sobre la Práctica" Morata: Madrid
- Glen, P. y Aylward** (1989) "Outcomes Studies of Low Birth Weight Infants Published in the Last Decade: A Metaanalysis" *The Journal of Pediatrics/ Oct.*; 1989; Vol.115; Nº 4; Págs: 515-520
- Grenough, W.T.; Black, J.E.; Chang, F.L.F y Sirevaag, A.M.** (1991) "Temas Clave de Investigación en Retraso Mental" SIIS: Madrid
- Hack, M.** (1989) "Outcomes of Extremely-Low-Birth-Weight Infants Between 1982 y 1988" *The New England Journal of Medicine*; 1989, Nº321; Págs: 1642-1647

Hack, M. (1991) "Very Low Birth Weight Outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network" *Pediatrics*, 1991, Vol. 87; Nº 5; Pág: 587

Hernández, F. y Sáncho, M. (1989) "*Para Enseñar no Basta con Saber la Asignatura*" LAIA: Barcelona

Hernández, P. (1989) "*Diseñar y Enseñar: Teoría y Técnicas de la Programación y del Proyecto Docente*" Narcea: Madrid

Katona, F. (1982) "*Manual de Prevención, Diagnóstico y Rehabilitación Precoz de los Daños Cerebrales*" IAMER: Madrid

Kemmis, S. (1988) "*El Currículum, más allá de la Teoría de la Reproducción*" Morata: Madrid

Kitchen, W.H. y Col. (1991) "Eight-year outcome in infants with birth weight of 500 to 999 grams: Continuing Regional Study of 1979 and 1980 Births" *The Journal of Pediatrics*/ Mayo, 1991, Vol.118, Nº5, pág: 761-767

Kitchen, W.H. (1992) "Very Low Birth Weight and Growth to Age 8 Years" *AJDC*/ Enero; 1992; Nº 146; P: 40-45

Mateos, F. (1991) "*Secuelas Neurológicas del Prematuro*" en Nogales y Belaustegui: "Programa de Actualización en Pediatría para Postgraduados/ el Niño que fue Prematuro XXI Curso" Hº "12 de Octubre"/ Facultad de Medicina, Universidad Complutense

McCormick, M.C. y Col. (1990) "Very Low Birth Weight Children: Behavior Problems and School Difficulty in a National Sample" *The Journal of Pediatrics*/ Nov.; 1990; V:117; Nº:5; Págs: 687-692

McCormick, M.C. Y Col. (1992) "The Health and Developmental Status of Very Low-Birth-Weight Children at School Age" *JAMA*/ Abril; 1992; Vol.267; Nº 16; Págs: 2204-2208

Moustakas, C.E. (1978) "*Autorrealización del Profesor a través de la Enseñanza*" Narcea: Madrid

Parker, S.J. Y Col. (1992) "Outcome after Developmental Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit for Mothers of Preterm Infants with Low Socioeconomic Status" *The Journal of Pediatrics*; 1992; Vol. 120; Nº 5; 780-785

Pérez Álvarez, S. (1991) "Las investigaciones exploratorias y descriptivas en las C.C. de la educación". Buenos Aires: Ediciones Braga

Richmond, J. (1990) "Low-Birth-Weight Infants: Can we Enhance their Development?" *JAMA*/ Jun.; 1990; Vol.263; Nº 22; Págs: 3069-3070

Saigal (1991) "Cognitive Abilities and School Performance of Extremely Low Birth Weight Children and Matched Term Control Children at Age 8 Years: A Regional Study**"** *The Journal Pediatrics*; 1991;

Vol. 118; N° 15; Págs: 751-760

Sánchez Asín (1993) "*Necesidades Educativas e Intervención Psicopedagógica***"** PPU: Barcelona

Stenhouse (1987) "*La Investigación como Base de la Enseñanza***"** Morata: Madrid

Villa Elizaga (1991) "*Desarrollo y Estimulación del Niño durante sus 3 Primeros Años de Vida***"**

EUNSA: Pamplona

2ª PARTE

MARCO TEÓRICO

- CONCEPTO Y TERMINOLOGÍA DE LA A.T.
- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DE LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL
- JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA DE LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Anexos

Referencias Bibliográficas

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS TERMINOLÓGICO Y CONCEPTUAL DE LA A.T.

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Temprana, como marco contextual de la presente investigación asume el papel más general y amplio del estudio, dando así forma y contenido a las variables específicas de la investigación y convirtiéndose en la primera variable susceptible de concreción y definición, primer objetivo al que nos vamos a enfrentar.

Tal y como referimos en el primer capítulo, es un campo de actuación muy joven que se ha abierto camino de forma muy rápida e intensa durante los últimos años; sus orígenes rondan entorno a los años 60, su mayor desarrollo y evolución como campo concreto de estudio lo encontramos entorno a los años 70 y principios de los 80, y su definitiva expansión y difusión como campo específico de actuación viene dándose desde mediados de los 80 hasta nuestros días; origen, desarrollo y expansión que guardan una estrecha relación con los acontecimientos que durante este período tiene lugar en el mundo de la infancia y la minusvalía.

La intensa velocidad con la que se han sucedido los hechos durante estos años, han dejado poco lugar a la reflexión y asimilación de todos y cada uno de los cambios acontecidos. A la Atención Temprana todavía le queda una batalla por ganar, batalla que no es otra que la de su propia **sistematización**, la que dará por terminada su consolidación definitiva como disciplina científica. Es por ello que, para conseguir

nuestro objetivo de concreción y definición, nos veamos en la obligación de iniciar una reflexión, una reflexión sobre 3 cuestiones muy elementales y que hacen una clara referencia a la terminología implicada:

I. ¿Qué entendemos hoy día por Atención Temprana?

- ¿Por qué este término?
- ¿Cuál es su meta y cuáles los objetivos generales y específicos que se desprenden de la misma?

II. ¿A qué tipo de población cubre?

III. ¿Qué lugar ocupa dentro del tratamiento general de la minusvalía?

El presente análisis parte, en un primer momento, de una revisión conceptual a través del tiempo en mano de los distintos autores implicados en esta disciplina, exponiendo así su evolución hasta el momento actual. Posteriormente se aborda, también a través de un proceso histórico, los distintos usos terminológicos en la disciplina desde sus orígenes. Todo ello a través de un estudio descriptivo, explicativo y comprensivo de dicha evolución.

Todo ello, nos permitirá, finalmente, adoptar y partir de una definición y concepción propia de la Atención Temprana, complementada por la concreción de la población abordada y por la naturaleza misma de la intervención, la preventiva.

2. ¿QUÉ ENTENDEMOS HOY DÍA POR ATENCIÓN TEMPRANA?

2.1 EL CONCEPTO DE ATENCIÓN TEMPRANA SEGÚN LOS DISTINTOS AUTORES¹

Pasemos a exponer las definiciones más representativas en manos de los distintos autores a partir del origen de la disciplina, para pasar a su correspondiente análisis y estudio evolutivo.

A. DEFINICIONES DE ATENCIÓN TEMPRANA

1978

Moya Palacios: La *Estimulación Precoz*, supone el proporcionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y, por tanto, a conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades (1978, 114)

Un conjunto de autores en Tribuna Médica: La *Estimulación Precoz* está pensada para mejorar o prevenir los probables déficits del desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales, por lo tanto, consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuesta inmediatas del niño para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal (1978, 114)

¹Gutiérrez Cuevas, P.; Sáenz-Rico de Santiago, B. y valle Trapero, M. (1993) "Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental y con alteraciones o minusvalías documentadas"; *Revista Complutense de Educación*, 1993, Vol: 4 (2), 113-129

González Mas, R.: La *Estimulación Precoz* es una técnica consistente en suministrar una información adecuada a las peculiaridades perceptivas y elaborativas de un sujeto con disturbio en las capacidades para el conocimiento y utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales para lograr adiestramientos y maduraciones mentales rentables (1978, 114)

Sánchez Palacios, C.: La *Estimulación Precoz* parte en esencia del hecho, científicamente demostrado, de que para que se produzca un normal desarrollo físico e intelectual es necesario estimular adecuadamente el organismo durante su período de crecimiento. Son técnicas educativas y de aprendizaje....para tratamiento del retraso mental ya desde que se sospecha su aparición puede empezar en muchos casos desde el mismo momento del nacimiento....estas técnicas han sido reconocidas por la OMS como el método actual más idóneo, desde el punto de vista del aprendizaje, para afrontar el problema de la subnormalidad (1978, 114)

Coriat, L.F.: La *estimulación temprana* es una técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, destinada a brindar impulso a funciones ya existentes en el sujeto, y susceptibles de avivarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado, dirigiéndose al niño en su conjunto, siendo la acción el eje de datos en el desarrollo del niño, consistente en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más (1978, 115)

1979

Júdez Fageda, J.: La *Estimulación Precoz* es una técnica que incrementa el desarrollo de funciones tanto psíquicas como motóricas y por ello es aplicable tanto a niños afectados de retraso evolutivo psíquicos como físicos-motóricos (1979, 115)

Gómez Rodríguez: La *Estimulación Precoz* es todo aquel conjunto de técnicas o planes que, aprovechando la neurología evolutiva, y la psicología del desarrollo, hacen que un ser humano, seriamente dañado en su sistema nervioso central pueda alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física (1979, 115)

1980

Sánchez Palacios, C. y Cabrera, C.: La *Estimulación Precoz* es un tratamiento con bases técnicas científicas, tanto en lo referente al conocimiento de las pautas de desarrollo que sigue un bebé, como a las técnicas que se emplean para alcanzar dichas adquisiciones; por lo tanto, determinada por su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación, pretendiendo, en realidad, la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño, mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales (1980, 115)

1982

Abadi, A.: La *Atención Temprana* es un amplio grupo de acciones, dirigida a la familia o centralizada en el niño, que son proporcionadas a fin de promover un ambiente enriquecedor; a través de la estimulación sensorial, motora y emocional-social, de esta manera se obtiene transacciones favorables entre el niño y sus cuidadores, estableciendo así condiciones adecuadas para su óptimo desarrollo (1982, 116)

1985

Servicio de Estimulación Precoz y Rehabilitación Funcional de Cornellá de Lobregat: La *Estimulación Precoz* es la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante unos programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano y sin forzar el curso lógico de la maduración, partiendo de la base de la plasticidad del sistema nervioso y de la importancia de los factores ambientales (1985, 116)

Coordinadora de Centros de Estimulación Precoz: La *Estimulación Temprana* es una Atención Temprana realizada con el niño con trastornos del desarrollo y su medio. El objetivo será favorecer al máximo el desarrollo del niño y su integración dentro del medio familiar y social, mejorando las condiciones neurológicas y relaciones (1985, 116)

1987

Sánchez García, J.C.: La *Estimulación Precoz* pretende la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de maduración del sistema nervioso central, determinado de carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación (1987, 116)

Salvador Garrido, J.: La *Estimulación Precoz* está pensada para mejorar o prevenir probables déficits del desarrollo en niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, así como ambientales o sociales y que afectan psíquica, física o sensorialmente poniéndose en marcha en los primeros días de vida, y abarcando los primeros años (1987, 21)

1989

INSERSO: La *Atención Precoz* son los tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento, durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla (1989, 118)

1990

Vidal Lucena: La *Atención Temprana* es la educación sistemática de la primera infancia, necesaria a toda la población infantil de cero a tres años, ya que es en este periodo de vida tan importante en el que aparecen adquisiciones básicas fundamentales, que no deben quedar dirigidas exclusivamente al azar, o a la estimulación natural, pues estas no aseguran que el niño tenga las oportunidades precisas y suficientes que le permitan un sano y positivo desarrollo, ya no sólo se refiere a un tratamiento global y específico a niños deficientes o con probabilidad de serlo (1990, 118)

1991

Espallarqués Terés, B. y Rueda Fernández, J.: La *Atención Temprana* es toda acción globalizadora que aplicada a la primera infancia desde una actitud preventiva, promueve, facilita y potencia la evolución máxima de todas las posibilidades de aquellos sujetos que presenten o padezcan

cualquier tipo de afectación, minusvalía o que reúnan las condiciones de riesgo ya sean orgánicas o ambientales (1991, 118)

Sanz Aparicio, M.T.: La *Atención Precoz*, como técnica de intervención va a proporcionar la estimulación adecuada a aquellos niños que presentan un retraso en su desarrollo, independientemente de su etiología. Mediante la presentación secuenciada e individualizada de los estímulos ambientales en función del momento evolutivo en el que se encuentra el bebé, se potencia y facilita la adquisición de las conductas que deben superarse, como submetas de otras de mayor complejidad (*Psicología General y Aplicada*, 1991, 414)

1993

Gútiérrez Cuevas, P.; Sáenz-Rico de Santiago, B. y Valle Trapero, M.: La *Intervención Temprana* es el conjunto de técnicas educativas que tienen por objeto al niño y su familia y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada, sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a los tres años de edad (*Revista de Educación*, 1993, 118)

B. ANÁLISIS DEL GRUPO DE DEFINICIONES

En todas estas definiciones, podemos apreciar, en mayor o menor medida, una constante en cuanto al objetivo que proponen: *mejorar las posibilidades psicofísicas del niño que presenta un déficit claramente establecido o bien se encuentra en situación de riesgo frente a la discapacidad, a través de una manipulación y control sistematizado del ambiente desde el momento del nacimiento hasta la finalización de la primera infancia, aproximadamente a los tres años.*

De igual forma, el distinto uso terminológico, en principio, no parece que responda tanto a una concepción variada y distinta, como a una simple evolución temporal, a veces a merced de ciertas preferencias personales de cada uno de los autores.

Ahora bien, no podemos negar que, pese a la cierta homogeneidad existente en la acepción de esta disciplina, lo que ha quedado patente en el conjunto de las definiciones presentadas, es destacable y significativa la presencia de alguna variación importante en torno al grupo de definiciones emitidas durante los primeros años, donde tiene lugar el origen de la disciplina, y el grupo de las emitidas durante los años más cercanos al momento actual. Revisemos brevemente cuáles son las diferencias más evidentes y significativas a lo largo de estos años:

- 1) En los inicios predomina una mínima concreción en torno a la naturaleza de la intervención que debe proporcionarse al individuo para conseguir el objetivo que proponen en su definición:

→ *"...proporcionar unos determinados estímulos facilitadores...."* (Moya Palacios, 1987)

→ *"...crear un ambiente estimulante...."* (Conjunto de autores de Tribuna Médica, 1978)

→ *"...suministrar una información adecuada...."* (González Más, 1978)

La concreción de la naturaleza de dicha intervención viene expresada predominantemente en las definiciones posteriores, aunque sin olvidar que Sánchez Palacios, ya en 1978, da un paso en esta concreción (*"...son técnicas educativas y de aprendizaje...."*), pero no es lo más común en el primer período.

→ *"...es un tratamiento con bases técnicas científicas....determinada por su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación...."* (Sánchez Palacios y Cabrera, 1980)

→ *"...mediante unos programas sistemáticos y secuenciales...."* (Servicio de Estimulación Precoz y Rehabilitación Funcional de Cornellá de Llobregat, 1985)

→ *"...educación sistemática...."* (Vidal Lucena, 1990)

- *"...prestación secuenciada e individualizada de los estímulos ambientales..."* (Gútiérrez, Sáenz-Rico de Santiago, Valle; 1993)

2) Las primeras definiciones carecen de una delimitación en cuanto al tipo de población a quién se destina la intervención: se habla de niño en general, sin concretar exactamente la edad más idónea para la intervención, o únicamente de niños con lesiones establecidas:

- *"...facilitar le desarrollo global del niño..."* (Moya Palacios, 1978)
- *"...sujeto con disturbio en las capacidades..."* (González Mas, 1978)
- *"...tratamiento del retraso mental..."* (Sánchez Palacios, 1978)
- *"...apoyar al niño en su desarrollo..."* (Coriat, 1978)
- *".....niños afectos de retraso evolutivo psíquicos o físicos..."* (Júdez Fageda, 1979)
- *"...niño con trastornos del desarrollo..."* (Coordinadora de centros de Estimulación Precoz, 1985)

Las definiciones posteriores delimitan el tipo de población a quién se destina la intervención: aparece una concreción, tanto de la edad, como de las características de la población destinataria de la intervención:

- *"...prevenir probables déficit del desarrollo en niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, así como ambientales o sociales....poniéndose en marcha en los primeros días, y abarcando los primeros años"* (Salvador Garrido, 1987)
- *"....se dan a los niños que desde su nacimiento, durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla"* (INSERSO, 1989)
- *"...necesaria en población infantil de cero a tres años..."* (Vidal Lucena, 1990)
- *"...aquellos sujetos que presenten o padezcan cualquier tipo de afectación, minusvalía o que reúnan las condiciones de riesgo ya sean orgánicas o ambientales"* (Espallarqués y Rueda, 1991)
- *"...niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo..."* (Gútiérrez, Sáenz-Rico de Santiago, Valle; 1993)

3) En las primeras definiciones, la intervención se centra en el niño, en alguna ocasión sólo haciendo referencia a una de las áreas de desarrollo. Se asume principalmente la dimensión individual del sujeto, a veces sólo la intelectual; la dimensión social tiene una menor presencia en estas definiciones:

- *"...facilitar el desarrollo del niño...."* (Moya Palacios, 1978)
- *"...prevenir los probables déficits del desarrollo psicomotor adaptado a las capacidades de respuesta inmediatas del niño para que éstas vayan aumentando progresivamente...."* (Conjunto de autores de Tribuna Médica, 1978)
- *"...peculiaridades perceptivas y elaborativas de un sujeto.....utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales...."* (González Mas, 1978)
- *"...son técnicas educativas y de aprendizaje...."* (Sánchez Palacios, 1978)
- *"...desarrollo de funciones tanto psíquicas como motóricas...."* (Júdez Fageda, 1979)
- *"...alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física...."* (Gómez Rodríguez, 1979)
- *"...potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño...."* (Sánchez Palacios y Cabrera, 1980)

En el grupo de definiciones desarrolladas en años posteriores, se contempla la intervención, no sólo centrada en el niño, sino también en la familia. También se percibe la dimensión individual del sujeto, aunque con un carácter más globalizador, apareciendo con mayor frecuencia referencias a su dimensión social.

- *"....dirigida a la familia o centralizada en el niño.....promover un ambiente enriquecedor....estimulación sensorial, motora y emocional-social....se obtiene transacciones favorables entre el niño y sus cuidadores...."* (Abadi, 1982)
- *"....desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas....que abarcan todas las áreas del desarrollo humano...."* (Servicio de Estimulación Precoz y Rehabilitación Funcional de Cornellá de Llobregat, 1985)
- *"...favorecer al máximo el desarrollo del niño y su integración dentro del medio familiar y social, mejorando las condiciones neurológicas y relacionales...."* (Coordinadora de centros de Estimulación Precoz, 1985)

→ "...que tiene por objeto al niño y a su familia....llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo..." (Gútiérrez, Sáenz-Rico de Santiago, Valle; 1993)

- 4) Por último, sólo señalar una característica o variación importante. A lo largo de la trayectoria que va siguiendo la aparición de las distintas definiciones o conceptualizaciones de la Atención Temprana, se va pasando de una concepción algo limitada y restringida de la actuación (técnica específica), a una concepción cada vez más amplia: "*la Atención Temprana como un amplio grupo de acciones...*" (Abadi, 1982); "*la Estimulación Precoz es la atención que se da al niño...*" (Servicio de Estimulación Precoz, 1985); "*la estimulación temprana es una Atención Temprana...*" (Coordinadora de centros de Estimulación Precoz, 1985); "*la Atención Temprana es toda acción globalizadora....*" (Espallarqués y Rueda, 1991)

Además de estas pequeñas, pero importantes, diferencias conceptuales, hay una clara tendencia a la variación en el uso terminológico. Igual que ocurría en el terreno conceptual, esta variación terminológica parece responder al transcurso de los años. Mientras que en los primeros años existe un claro predominio del término *Estimulación Precoz*, si atendemos a las presentes definiciones, conforme nos acercamos a los últimos años, va tomando mayor fuerza y protagonismo una terminología distinta, la de *Intervención, Atención Temprana*.

Podemos concluir diciendo que los cambios detectados en el conjunto de definiciones no responde más que a los cambios propios de todo proceso evolutivo, pero ni mucho menos son diferencias que marquen parcelas o maneras de actuar distintas, contrapuestas o en conflicto. La Atención Temprana es un campo relativamente joven, que se ha desarrollado y extendido durante los últimos 15 años con una gran fuerza; pero este desarrollo y difusión ha estado sujeto a la influencia de un amplio contexto teórico y práctico, sin el que nunca hubiera podido progresar, avanzar y alcanzar su consolidación.

Hablar de las posibilidades de la Atención Temprana a finales de los años 70 no tiene nada que ver con las posibilidades presentes en nuestros días, y será la influencia de los estudios y la experiencia en este campo, la que ha permitido ir ampliando, mejorando, enriqueciendo, o simplemente variando, dichas posibilidades. Por la misma razón, la concepción de la Atención Temprana, tampoco puede ser la misma ahora que hace 15 años. También ella ha estado sometida a los cambios incorporados por el avance y enriquecimiento, lo que ha repercutido de forma significativa en la terminología utilizada. Un proceso de evolución, siempre incorpora cambios, donde la *base u origen* va complementándose y enriquecido con el paso del tiempo, de alguna forma, van ampliándose sus dimensiones y contenido; pero esta base u origen siempre queda integrada en los acontecimientos posteriores y nunca contrapuesta a los mismos. La evolución de la Atención Temprana es algo similar, como lo es la evolución conceptual o terminológica.

Ninguna de las definiciones, conceptualizaciones o terminologías de las definiciones propuestas en el campo de la Atención Temprana, y que aquí hemos presentado, contradice o contrapone lo propuesto por otras, de alguna manera se complementa, enriquece o amplía como fruto del paso de los años y del enriquecimiento de este campo concreto de actuación; se va pasando de un concepto más restringido y empobrecido, como consecuencia de una situación de inicio y origen, a un concepto cada vez más amplio, donde la precisión y concreción son el fiel reflejo de los nuevos logros adquiridos por el paso de los años.

La Intervención Temprana es un término general que se ha usado para describir programas para niños que presentan algunos problemas en su desarrollo, y hace referencia a tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones o una deficiencia ya existente entre una población determinada de niños. De acuerdo con esta definición, el mayor énfasis de los programas de IT se pone en el niño.....

Sin embargo, las orientaciones teóricas sustentan -o deben sustentar la aplicación práctica de los programas no han sido ajenas a las nuevas perspectivas aportadas por los investigadores del desarrollo infantil.

De acuerdo con los trabajos más recientes, el crecimiento y el desarrollo del niño deben ser vistos como el resultado de un complejo proceso de interacción entre el organismo y las influencias ambientales: son, pues, la suma de las acciones del niño hacia el medio y desde las reacciones desde el medio. por otra parte, las investigaciones en el campo de la Intervención Temprana están poniendo de manifiesto que los primeros meses de vida no es tan necesario el entrenamiento sensoriomotor, sino que hay que tener muy en cuenta otros aspectos de gran importancia: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, los aspectos relacionados con la salud del niño, etc.

Así pues, hay que hacer un replanteamiento del término Intervención Temprana y dar un giro en la aplicación práctica de los programas..... (Dirección General de Bienestar Social de la Región de Murcia, 1994, 11-12)²

En esta cita es un claro ejemplo de esta naturaleza evolutiva inherente a todo campo de estudio y de práctica y su repercusión a nivel conceptual y terminológico. Seguidamente vamos a pasar a analizar, también a partir de un enfoque histórico, la *terminología* propia de este campo disciplinar, análisis que nos permitirá profundizar en este estudio conceptual, aportándonos una visión más completa y ratificante de lo expuesto hasta el momento.

²DIRECCIÓN GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MURCIA (1994) *Guía Regional de Atención Temprana: Prevención de deficiencias en la población infantil de 0 a 6 años*

2.2 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS SOBRE LA CONFIGURACIÓN TERMINOLÓGICA Y CONCEPTUAL DE LA A.T.

1. *¿Por qué el adjetivo temprano frente al de precoz?, ¿cuál es el recorrido histórico de ambos?, ¿podemos o debemos seguir utilizado uno u otro de forma indiscriminada?, ¿cuál se ajusta mejor a las características del modelo de actuación predominante hoy?*

2. *¿Por qué el sustantivo de atención frente al de estimulación, intervención, educación?, ¿cuál es la trayectoria histórica de cada uno de ellos?, ¿podemos o debemos seguir utilizándolos de forma indiscriminada ?, ¿cuál es lugar que ocupa cada uno dentro del modelo de actuación reinante en nuestros días?, ¿cuál es lugar concreto de la atención?*

El procedimiento que vamos a seguir para intentar dar claridad a estas cuestiones, acercándonos al concepto de Atención Temprana, se va a basar en el tratamiento de cada uno de los términos más comúnmente utilizados hasta el momento a través de los siguientes elementos de análisis:

- 1) Descripción de su utilización
- 2) Definición epistemológica
- 3) Análisis del contexto donde se origina y desarrolla
- 4) Análisis del ajuste epistemológico a dicho contexto
- 5) Análisis de dicho ajuste ante los nuevos cambios que van sucediéndose en el contexto como fruto de su propia evolución. (constituye el contexto del origen y desarrollo del

siguiente término)



- 6) Estudio de la nueva resolución terminológica (abre paso a otro término)

Todo ello va a estar apoyado en un estudio empírico realizado sobre la variedad terminológica presente a lo largo de la historia de la disciplina. El estudio se ha realizado sobre una muestra de 96 referencias bibliográficas, a partir de las publicaciones más relevantes producida en este campo desde sus orígenes hasta el presente año (1994), en cuyos títulos apareciera uno de los términos que hemos considerado más manejados en la referencia concreta a este campo de actuación:

- a) "Estimulación Temprana o Precoz"
- b) "Intervención Temprana o Precoz"
- c) "Educación Temprana o Precoz"
- d) "Atención Temprana o Precoz"

La frecuencia en su utilización se cuantifica en porcentajes, incluyendo además la variable tiempo. Dicha variable se presenta con dos niveles o categorías:

- 1º Período que ocupa desde los orígenes (es decir, desde las primeras publicaciones que surgen con uno de estos términos en su título) hasta 1985./ Período donde tiene lugar el principal desarrollo teórico de la disciplina, el que crea la necesidad de actuación.
- 2º Período que va desde 1986 hasta lo publicado más tardíamente (hasta mediados de 1994). En este Período tiene lugar la principal expansión y difusión de un modelo concreto de actuación, el que da respuesta a la necesidad creada.

En el anexo de este primer apartado de investigación se presentan la muestra utilizada y los resultados obtenidos a través del tratamiento porcentual de los datos, quedando recogidos en tres tablas y dos gráficas, en las que puede verse claramente las diferencias encontradas a lo largo de los distintos niveles o categorías de las variables estudiadas: *terminología utilizada y período de utilización*.

A. ¿POR QUÉ EL ADJETIVO TEMPRANO FRENTE AL DE PRECOZ?

Partimos de la consideración de que la función de todo adjetivo es expresar con el mayor rigor posible la cualidad o característica que mejor define al término al que acompaña.

PRECOZ

1) Descripción de su utilización (Gráfica II del anexo)

- Atendiendo a los datos en su conjunto tiene una menor incidencia que el adjetivo de *temprano* (el 46% frente al 53%).
- Atendiendo a la variable temporal tiene una mayor incidencia durante el primer período de la disciplina que en el segundo (el 29% frente al 17%).
- Atendiendo al término al que acompaña:

→ *Estimulación*

Aparece con un gran predominio global frente al de *temprano* (37% frente al 17%), pero es un predominio intenso durante el primer período (26% frente al 6%), pero no durante el segundo, en el que se equipara su uso (11% frente al 11%).

→ *Intervención*

Su incidencia es algo limitada, toma gran protagonismo el término *temprano* (el 4% frente al 22%), incidencia que tiene lugar básicamente durante el segundo período, siendo irrelevante durante el primero (el 0% frente al 4%).

→ *Atención*

Su incidencia también es muy limitada (el 3% frente al 9%), la que tiene lugar de forma prioritaria durante el primer período, siendo muy leve en el segundo (2% frente al 0%).

→ *Educación*

La frecuencia que tiene la aparición del adjetivo *precoz* junto con el sustantivo *educación*, tampoco es predominante frente a la frecuencia de *temprana* (2% frente al

5%), frecuencia localizada también de forma relevante durante el primer período (2% frente al 0%)

Tres son las conclusiones más relevantes que obtenemos de todo ello:

1. El término *precoz* es mucho más utilizado durante el período inicial de la disciplina, período comprendido desde los orígenes hasta mediados de los años 80, en el que tiene lugar un intenso desarrollo de la base teórica de la misma.
2. El término *precoz* aparece predominantemente al lado del sustantivo *estimulación*
3. El término *precoz*, aunque con un uso algo restringido respecto a la época inicial y respecto al adjetivo *temprano*, se sigue utilizando hoy, se sigue hablando de Estimulación Precoz, de Intervención Precoz y de Atención Precoz.

2) Definición epistemológica

*Se dice de lo que se produce, sucede o se desarrolla antes de lo acostumbrado o previsto*³ (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991). La definición epistemológica no nos aporta más que el significado general inherente a todo término, determinar su precisión o adecuación en su uso nos obliga a realizar una revisión del contexto donde se encuentra, siendo éste, en última instancia, el que determina el ajuste del término en función de la adaptabilidad que su significado general o epistemológico tiene en dicho contexto.

3) Contexto donde surge y se desarrolla

El tratamiento de la minusvalía lo podemos dividir en dos claros períodos históricos atendiendo al momento de inicio, objetivo y características de la intervención:

³ Diccionario de la Lengua Española Santillana (1991): Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

a) Primer Período. Predominio de las teorías genetistas y maduracionistas⁴. En declive a partir de la Segunda Guerra Mundial

1. *Momento de inicio de la intervención*: La intervención se inicia a partir del momento que la deficiencia tiene una clara manifestación en discapacidad o minusvalía, siendo normalmente después de los 6 años, más o menos, una vez que el período de desarrollo de las funciones más elementales del ser humano ha finalizado y éstas se han consolidado y establecido. El período de desarrollo acontecido durante los primeros años del individuo se contemplaba como algo incierto y sujeto a la evolución biológica del propio individuo. El medio ambiente no tenía incidencia alguna sobre este desarrollo, por tanto, cualquier intento de intervención o tratamiento del exterior era algo más que inútil.

2. *Objetivo de la Intervención*: Detección clara de la discapacidad, clasificación de la misma y ubicación del sujeto, habitualmente en modalidad institucional.

3. *Características de la Intervención*: Las características de la intervención vienen determinadas por el objetivo que se persigue con ella. Una intervención basada en el diagnóstico, en el tratamiento médico de la enfermedad, en el tratamiento farmacológico y conductual que facilite la estancia en la institución y básicamente una intervención de carácter asistencial, asistencia destinada a cubrir las necesidades más elementales del ser humano: cuidado físico, alimentación, sueño.

b) Segundo Período. Predominio de las teorías ambientalistas e interaccionistas a partir del libro publicado por Hunt en 1961, como el gran representante del ambientalismo y el artículo publicado en 1975 por Sameroff y Chandler, como los principales representantes del interaccionismo

1. *Momento de inicio de la intervención*: La intervención se inicia antes de que la deficiencia tenga una clara manifestación en discapacidad o minusvalía, siendo

⁴ Galton, 1969; Goddard, 1912; Yerkes, 1876-1956; Terman, 1877-1956; Burt, 1888-1871; Eysenk, 1977; Jensen, 1969

normalmente antes de los 6 años, durante el período de desarrollo de las funciones más elementales del ser humano, antes de que éstas se hayan establecido y consolidado. El período de desarrollo de los primeros años se contempla como un producto de ambiente (Thorndndike, 1913; Miller y Dollard, 1941; Watson, 1961; Bandura, 1977 Pavlov, 1968; Skinner, 1953); o, posteriormente, como producto de la interacción entre el medio y la disposición biológica del sujeto (Piaget, 1973; Uzguiris, 1981; Lewisy Rosenblum, 1974; Bronfenbrenner, 1977; Feuerstein, 1980). El medio ambiente incide en mayor o menor medida sobre este desarrollo, por tanto, cualquier intento de intervención o tratamiento del exterior puede ser efectivo y útil en la mejora y facilitación del desarrollo, posibilitando una mayor optimización funcional futura.

Es crucial el ofrecer posibilidades de aprendizaje a un niño desde su más tierna edad, pues es durante los cinco primeros años de vida cuando se decide el desarrollo de las características del individuo, sobre todo de la inteligencia. Los niños privados de una estimulación intelectual precoz no alcanzarán nunca el alto nivel al que hubieran podido llegar (Cohen, R., 1980, 38)

2. Objetivo de la intervención: detección de deficiencias y alto riesgo frente a la misma durante el periodo próximo al nacimiento, siempre antes de los 6 años y fundamentalmente durante los 3 primeros. Facilitar y mejorar los niveles de desarrollo del individuo con el fin de conseguir evitar la discapacidad o minusvalía futura, o bien reducir los efectos de la mismas (**González Más, 1972**)

3. Características de la Intervención: también vienen determinadas por los objetivos que persigue la intervención. Será una intervención basada en el diagnóstico temprano de la deficiencia o el alto riesgo de padecerla. Y una intervención basada en la manipulación del ambiente que rodea al niño buscando los estímulos que mejor efecto produzcan en su desarrollo y por tanto, en la consolidación futura de sus funciones elementales (**Horowitz, 1980**)

El cambio introducido en el tratamiento de la minusvalía incorpora un nuevo concepto de intervención. Esta nueva intervención se va a caracterizar, como ya hemos comprobado, tanto por el momento de actuación como por el objetivo que la misma persigue.

1. La intervención en la minusvalía se produce, sucede o desarrolla **antes** de la manifestación clara de la deficiencia o cuando se sospecha que puede aparecer, buscando evitar el desarrollo de una minusvalía futura o, al menos, la reducción de los efectos de la misma.
2. La intervención en la minusvalía se produce, sucede o desarrolla **antes** de que tenga lugar el desarrollo o configuración de las funciones individuales del sujeto, buscando incidir sobre la capacitación futura del individuo a través de la intervención sobre el proceso de desarrollo de las mismas .

Prueba clara de ello la encontramos en las nuevas medidas tomadas por el INSERSO⁵ en Febrero de 1980 en relación a las prestaciones para minusválidos:

Los tratamientos de Estimulación Precoz médicos y psicológicos se dirigirán a evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía y a potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del sujeto afectado (Artículo 22 de la Sección I, Capítulo II del anexo del Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales)

En el artículo 24, se propone como edad de beneficiario, desde el nacimiento hasta los 5 años.

⁵INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales, perteneciente al Ministerio de Asuntos Sociales

4) Análisis del ajuste epistemológico a dicho contexto

Si atendemos a su definición epistemológica, *la intervención se produce, sucede o se desarrolla antes de lo acostumbrado o previsto*, no cabe duda que el término recoge perfectamente, durante este período inicial de la disciplina (mediados de los 60/principios de los 80), las características que definen el nuevo enfoque que adquiere el tratamiento de la minusvalía. El significado se adapta y da respuesta a las dos características más importantes del nuevo tipo de intervención:

a) Momento de aparición de la deficiencia/ Intervención antes de la clara manifestación de la deficiencia, como lo acostumbrado o previsto hasta el momento.

b) Momento o período de desarrollo de las funciones elementales del ser humano/ Intervención antes de que finalice el período de desarrollo de las mismas, como lo acostumbrado o previsto hasta el momento.

5) Análisis de dicho ajuste ante los nuevos cambios que suceden en el presente marco de actuación

a) La nueva contextualización ante los cambios operantes

La intensa actividad emprendida en el estudio de la primera infancia desde mediados de siglo, consiguen a partir de los años 70 consagrarla como una *etapa con necesidades y características propias y distintas a su vez de cualquier otro período de la vida del individuo*. Aparece la especialización disciplinar como respuesta inmediata a esta nueva situación. Los progresos y avances en el conocimiento de este período de la vida⁶ dan luz

⁶ Nuevos conceptos sobre la naturaleza del desarrollo psicológico durante la infancia (Kessen, 1963), revisión de los conceptos de motivación (White, 1959), los *insights* creativos en los procesos del pensamiento en los niños y las variables que los afectan (Piaget, 1961), mejor comprensión de la forma en que la ejecución en el aprendizaje y el lenguaje se encuentra asociada a las diferencias en las clases sociales (Bernstein, 1961), nuevas interpretaciones de la estructura del conocimiento y la relación que existe entre el aprendizaje temprano y el aprendizaje en edades ulteriores (Brumer, 1960), los efectos de la estimulación sobre la estructura y química cerebrales

y claridad a una etapa que hasta el momento se había considerado oscura e impenetrable. Consecuencia de ello han sido las dos posturas que históricamente se han mantenido al respecto, una, tal y como vamos a comprobar, la más productiva y decisiva:

1. Lo acontecido durante estos años carece de relevancia y significado. El individuo comienza a serlo una vez que tienen una clara manifestación las funciones y capacidades propias del ser humano y no antes. El estudio y tratamiento previo a estos años se convierte en irrelevante e inútil (**Goddard, 1912; Jensen, 1969**)
2. Lo acontecido durante estos años tiene que ser relevante y significativo por lo determinante en etapas posteriores. El individuo comienza a serlo en el momento de su nacimiento e incluso antes. El del proceso de desarrollo que tiene lugar durante este período tiene mucho que decir sobre la capacitación futura, siendo susceptible de conocimiento y tratamiento (**Bühler, 1969; Mussen, Conger y Cagan, 1977**) Postura mucho más generalizada y fructífera a partir de este siglo, prueba de ello ha sido el área de conocimiento tan extensa e intensa que se ha generado hasta nuestros días sobre la primera infancia.

El interés que tiene esta etapa para el mundo científico se centra de forma muy concreta en el *proceso de desarrollo* que tiene lugar durante la misma, convirtiéndose éste en un claro objetivo de conocimiento y tratamiento. Muchas disciplinas han identificado o situado el estudio de la primera infancia haciendo una clara alusión al desarrollo, prueba de ello lo encontramos en el campo de la psicología, donde surge la *Psicología del desarrollo* aludiendo a la psicología de la primera infancia (**Murphy y Kovach 1972**)⁷ o en el campo de la neurología donde aparece la *Neurología evolutiva* como referencia al estudio de los procesos neurológicos que tienen lugar durante los primeros años de la vida (**Campos Castelló, 1970**).

(Kresh, 1969), cambio evidente en las prácticas de socialización, en favor de un mayor énfasis en el entrenamiento de los niños para el logro (Bronfenbrenner, 1961), y nuevos datos provenientes del estudio de la inteligencia humana (Scott y Ball, 1965)

⁷ Murphy y Kovach (1972) *Introducción Histórica a la Psicología Moderna*

- Las consecuencias más importantes que de todo ello se desprende son las siguientes:
 - 1ª La primera infancia cubre un período concreto de la vida del individuo, concretamente el período que comprende la edad desde el nacimiento hasta los 6 años. Es un período con entidad y características propias y específicas, distintas de cualquier otro período de la vida del individuo.
 - 2ª Este período constituye una etapa concreta y muy importante del desarrollo humano, convirtiéndose éste en la principal característica del mismo. Desarrollo que tiene lugar en la interacción del niño con el medio que le rodea.
 - 3ª El proceso de desarrollo en el que se ve envuelta esta primera etapa de la vida cuenta con unas necesidades concretas, necesidades basadas en un adecuado y correcto funcionamiento. Toda intervención sobre esta etapa de la vida deben estar centradas en cubrir dicha necesidad.
- Consecuencias que van a tener una repercusión directa y muy importante en el mundo del estudio y tratamiento de la deficiencia y el alto riesgo frente a la misma durante la primera etapa de la infancia:
 - 1ª *La intervención cubre un período de la vida concreto: la primera infancia.* Etapa donde tienen lugar los primeros signos de manifestación de una deficiencia o de una situación de alto riesgo ante la misma.
 - 2ª *La intervención incide sobre un período del desarrollo muy concreto, en la primera fase del desarrollo del ser humano.* Período donde tiene lugar la configuración de las funciones más elementales e importantes del ser humano y sobre las que el ambiente incide de manera decisiva.
 - 3ª *La intervención tiene como meta la supresión o reducción de los efectos de la deficiencia,* atendiendo a la relación que dicha meta mantiene con la calidad del desarrollo durante los primeros años, se convierte en objetivo central de la intervención el procurar o facilitar en todo lo posible el proceso de desarrollo que va a tener lugar durante estos primeros años.



La intervención se basa en una actuación **durante** un período de la vida concreto, **durante** una etapa o momento concreto de la funcionalidad y capacitación individual, es decir, en el momento que tiene lugar el desarrollo de las mismas, y **ante** cualquier mínima manifestación de deficiencia o ante la mínima estimación de riesgo frente a la misma.

No cabe duda que el contexto donde se sitúa el tratamiento de la minusvalía durante los primeros años de la vida ha cambiado substancialmente desde sus orígenes como producto del reconocimiento científico universal de una etapa con entidad disciplinar propia; por tanto, ¿podemos seguir adaptando con el mismo rigor y acierto el significado epistemológico de *precoz, se dice de lo que ocurre, se sitúa o desarrolla antes de lo previsto o acontecido*, a este nuevo contexto, o va a tener que dar paso a otra terminología capaz de adaptar un significado de forma más eficaz?

b) Revisión del ajuste de precoz a la nueva situación creada

- La intervención, atendiendo al nuevo contexto, deja de centrarse en una actuación **antes** de un período de la vida concreto, el único que se conocía, controlaba y se le otorgaba identidad, es decir, **antes** del período de la vida donde el ser humano puede comenzar a manifestar sus conductas como ser superior, poseedor de facultades superiores al resto de seres naturales.
- La intervención también deja de estar basada en una actuación **antes** de que tenga lugar la etapa o momento del establecimiento o consolidación de las funciones y capacitaciones individuales, es decir, **antes** del momento que finalice el período de desarrollo de las mismas.
- La intervención, por último, deja de estar centrada en una actuación **antes** de que tenga lugar una manifestación clara de la discapacidad o minusvalía, es decir, **antes** del período de la vida donde el sujeto pueda ser claramente catalogado como normal o anormal en función de la capacitación demostrada a través de su conducta.

6) Nueva resolución terminológica

Está claro que a partir de aquí el uso de *precoz* comienza a declinar , dando paso a una nueva terminología, a un terminología susceptible de precisar con mayor rigor la naturaleza que le es propia a la actividad a la que hace referencia.

Pero, como es lógico, esta transición no ha sido ni de una forma tajante ni definitiva, al menos por el momento. El adjetivo precoz se sigue utilizando, pero quizás localizado en un ámbito muy concreto, donde existe un contexto tan arraigado y determinante que anula toda influencia externa, pese a la relevancia o influencia de la misma sobre alguna de las dimensiones de su propia actividad, es en este contexto donde el significado de precoz continúa cobrando sentido y acomodo, nos referimos al campo de la medicina.

El tratamiento de la minusvalía se inicia desde los primeros momentos de vida del niño, los que transcurren normalmente en el ámbito hospitalario. Es aquí, por tanto, donde tiene lugar el inicio del mismo: La detección de una deficiencia, valoración de una situación de riesgo frente a la misma y estimación del diagnóstico y pronóstico. Todo ello bajo una tarea de naturaleza básicamente preventiva, prevención de una deficiencia o de los efectos de la misma, concepto que analizaremos de forma detenida en un punto posterior.

La prevención, concepto históricamente arraigado al campo sanitario, lo podemos entender de modo muy genérico como aquella actividad emprendida para evitar la aparición de un evento o acontecimiento no deseado, es decir, *una actividad que se produce, sucede o desarrolla antes que tenga lugar la aparición de dicho evento o acontecimiento*. Es así como entra dentro de la lógica términos como *Detección precoz*, *diagnóstico y pronóstico precoz* y, por tanto, *Intervención o Atención Precoz*.

"Prevención: adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas" (OMS, 1982)

7) **Conclusión**

Esta trayectoria avala y confirma los datos obtenidos en el estudio empírico, cuyas conclusiones en lo referente al término *precoz* exponíamos al inicio de este apartado:

1. Queda confirmada y justificada una mayor aparición del término durante el período inicial de la disciplina, sufriendo una disminución desde mediados de los años 80 hasta nuestros días.
2. Y de igual forma, se confirma y justifica su uso actual en determinados ámbitos de actuación.

En lo que concierne al aspecto de su usual aparición junto al sustantivo *intervención*, hemos creído más conveniente abordarlo una vez que entremos en el análisis de este otro término en el apartado siguiente.

TEMPRANO

1) **Descripción de su utilización**

- Atendiendo a los datos en su conjunto tiene una mayor incidencia que el adjetivo de *temprano* (el 53% frente al 46%).
- Atendiendo a la variable temporal tiene una menor incidencia durante el primer período de la disciplina que en el segundo (el 18% frente al 35%).

- Atendiendo al término al que acompaña:

- *Estimulación*

Su frecuencia de aparición es bastante baja con respecto a *precoz* (17% frente al 37%), siendo importantes las diferencias marcadas durante el primer período (6% frente al 26%), pero no durante el segundo, en el que se equipara su uso (11% frente al 11%).

- *Intervención*

Adopta su mayor protagonismo (el 22% frente al 4%), incidencia importante durante el primer período y que se intensifica durante el segundo (el 8% frente al 14%).

- *Atención*

Su uso es importante con respecto al de *precoz* (el 9% frente al 3%), no siendo relevante la diferencia durante el primer período (el 1% frente al 1%), pero sí durante el segundo (el 8% frente al 2%).

- *Educación*

La frecuencia que tiene la aparición del adjetivo *temprano* junto con el sustantivo *educación*, es algo más predominante que el de *precoz* (el 5% frente al 2%), frecuencia que disminuye en el segundo período con respecto al primero (el 3% frente al 2%).

Veamos cuáles son las conclusiones más relevantes:

1. El término *temprano* es mucho más utilizado durante el segundo período, período comprendido desde mediados de los años 80 hasta hoy y en el que tiene lugar una intensa expansión y difusión de la Atención Temprana como modelo de actuación.
2. El término *temprano* no tiene un claro predominio sobre los sustantivos a los que acompaña, aparece de forma muy general y distribuida, aunque con una mayor frecuencia entorno al término intervención.

2) Definición epistemológica

*Se dice de la primera época o momento de un determinado tiempo*⁸ (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991)

3) Contexto donde surge y se desarrolla

El contexto lo constituye los cambios acontecidos en el tratamiento de la minusvalía como consecuencia de los conocimientos adquiridos en el terreno de la primera infancia, el que hemos desarrollado ampliamente en el punto anterior y que aquí retomamos.

4) Análisis del ajuste epistemológico a dicho contexto

- Primera época del tiempo de vida del individuo:
la edad próxima al nacimiento/ edad temprana = primera infancia \Rightarrow *etapa temprana*
- Primer período del desarrollo global del individuo:
El primer nivel de desarrollo, el más próximo al nacimiento \Rightarrow *desarrollo temprano*
- La intervención transcurre u ocurre **durante** una etapa concreta del individuo, **durante** la primera época o momento de su vida o de su desarrollo \Rightarrow ***Intervención Temprana***

Estimamos que el término *temprano*, hoy por hoy, considerando el contexto teórico-práctico que nos envuelve, es un adjetivo más correcto que el de *precoz* ya que expresa con mayor rigor la cualidad o característica que mejor define al término al que acompaña (término al que, pendiente de análisis y concreción, le hemos otorgado una función algo

⁸Diccionario de la Lengua Española Santillana: Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

abstracta de "actividad general, a veces le hemos llamado tratamiento, otras intervención, pero sin una clara concreción ", tarea a la que nos vamos a enfrentar seguidamente)

Por último, sólo nos queda presentar un argumento más, no tanto en contra del término precoz, como en favor del término temprano, y que, aún desbordando el marco contextual donde nos movemos, no podemos dejar al menos de comentarlo por la incidencia que, aunque de forma indirecta, ha tenido sobre este campo de actuación.

Los argumentos que en su determinado momento aportaron las teorías ambientalistas no sólo han sido útiles para fundamentar y desarrollar la intervención sobre la población con deficiencia o riesgo frente a la misma, sino que también han generado una sólida fundamentación para la actuación en población normal. Si el ambiente tiene una influencia directa sobre el desarrollo del individuo y, por tanto, indirecta sobre la capacitación futura, ¿por qué no incidir sobre el desarrollo del niño durante sus primeros años en la consecución de niveles más altos de capacitación individual?. Todo ello da pie al desarrollo de un importante grupo de teorías y programas ⁹ basados en una supuesta potenciación de las capacidades del niño.

Se estima que proporcionar una mayor riqueza estimular durante los primeros años de desarrollo va a enriquecer y elevar la capacitación futura del sujeto. El peso del ambiente, en la configuración funcional del individuo, se percibe como mucho más determinante que la dotación biológica. A veces, se confunde el favorecer o enriquecer el desarrollo con elevar o incrementar los niveles del mismo antes de lo previsto como sinónimo o presagio de mayor capacitación individual. El objetivo de la intervención está centrado en una consecución de niveles cada vez más altos de desarrollo, entendiendo por altos niveles aquellas adquisiciones o habilidades que el niño consigue antes de lo que es normal o habitual para su edad cronológica.

⁹ Suzuki, S. 1969; Moore, O.K., 1972; Jaroslav Koch, 1976; Cohen, R., 1983; Lewis, D., 1986; Tomatis, A., 1990; Doman, G., 1991

El término *precoz* como adjetivo del sustantivo intervención adquiere un matiz distinto al contemplado dentro del tratamiento de la minusvalía. El término *precoz* como acompañante del término intervención no hace solamente referencia al objetivo más directo de dicha actuación, que no es otro que la de intervenir sobre el desarrollo antes de que éste se haya consolidado (*La intervención se produce, sucede o se desarrolla antes de lo previsto*), sino a la finalidad última de dicha intervención, conseguir un desarrollo precoz del individuo, un desarrollo antes de lo esperado (*el desarrollo que se produce o sucede antes de lo acostumbrado o previsto*; entendiendo por antes de lo acostumbrado aquello que surge o aparece en etapas anteriores a lo que es normal o habitual en el resto de la población).

Esta corriente crea cierto recelo, fundamentalmente a partir de las teorías interaccionistas, ante la posibilidad de forzar el ritmo natural del desarrollo del individuo. El nivel de desarrollo, la calidad e intensidad del mismo no sólo vienen determinadas por la calidad e intensidad de los estímulos ambientales que han rodeado al individuo, sino también, y de forma importante, por la calidad o características de su dotación biológica. El desarrollo va siguiendo el paso progresivo de una etapa a otra superior, el individuo necesita alcanzar unos niveles de maduración suficientes en una etapa para poder pasar a la siguiente; el ambiente puede favorecer esta maduración, como condicionante biológico, pero nunca podrá imponer su propio ritmo. Todo lo que sea olvidar el nivel de maduración del niño, tratando de acelerar y adelantar el proceso de desarrollo a través de la manipulación ambiental, puede provocar más daño que beneficios.

Es aquí donde el significado del término *precoz* adquiere ciertas connotaciones negativas, susceptible de interpretaciones sujetas a una generalización no muy favorable a otros campos de actuación. No podemos olvidar que aún siendo un marco contextual distinto al de la deficiencia o minusvalía en función del tipo de población atendida, qué duda cabe que tanto uno como otro parten de una misma fundamentación teórica, por lo que

cualquier tipo de repercusión negativa surgida en uno de ellos, aunque sólo sea algo referente a un término concreto, siempre salpicará de manera más o menos directa al otro.

B. ¿POR QUÉ EL SUSTANTIVO DE ATENCIÓN FRENTE AL DE ESTIMULACIÓN, INTERVENCIÓN, EDUCACIÓN?

Buscamos el sustantivo que conceptualice, de la manera más eficaz posible, la meta o fin último del tipo de actividad desempeñada, es decir, el término que, a través de su concepto, sea capaz de integrar y globalizar todos y cada uno de los objetivos inherentes a la misma, partiendo de una clara referencia del objetivo más general y del que se desglosan o derivan todos los demás (*Gráfica 10*).

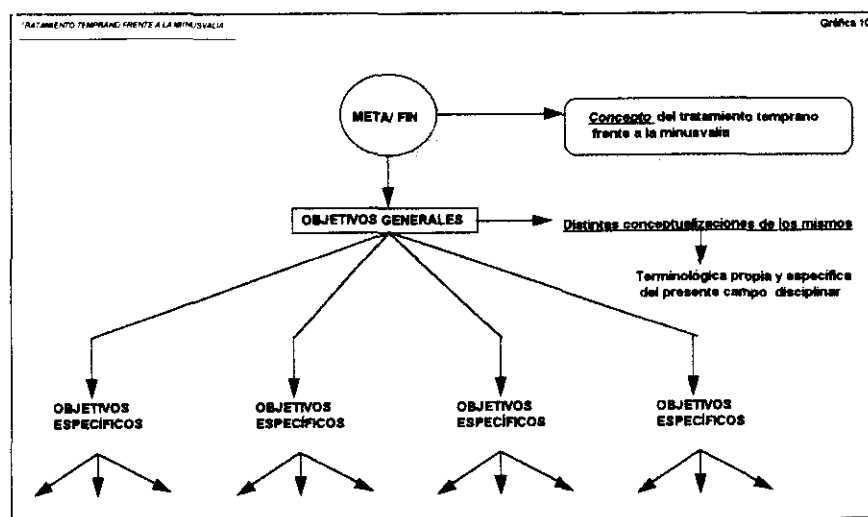
Está claro que las características de la meta de un campo de actuación están, de forma importante, condicionadas por la amplitud o dimensión de la actividad emprendida en el mismo. Cuanto más compleja y rica sea la naturaleza de una actividad, mayor será su dimensión y mayor el número de objetivos, por tanto la meta se amplía, asumiendo unas propiedades mucho más generales, abstractas y complejas.

Volviendo al análisis terminológico, comprobamos que es fácil justificar el distinto uso conceptual que hasta el momento ha venido dándose en la disciplina como producto de su propia evolución y enriquecimiento. La meta no ha sido la misma desde sus inicios, como tampoco lo ha sido la dimensión o amplitud del campo de actuación.

Todo, en sus orígenes, tiene un proceso pobre y simple, con unas metas también limitadas, y sólo a través del desarrollo y avance, como fruto del aumento de la experiencias y del conocimiento, se llega al enriquecimiento, a la complejidad y, por tanto, a la amplitud, y a las metas más completas. La terminología ha tenido que ir

avanzando y adaptándose progresivamente a las nuevas perspectivas y metas que han ido sucediéndose desde el inicio de la disciplina. Lo que un día amanece como meta, al día siguiente se ha transformado en un objetivo general o específico integrante de una meta mucho más amplia, el concepto y término del ya objetivo pasan a ocupar un segundo lugar (*Gráfica 11*).

Contemplando la gráfica 2, vemos la representación, de forma gráfica, del proceso al que nos vamos a atener para analizar los términos de *estimulación*, *educación*, *intervención* y *atención*: ¿Cuál es la primera meta en el origen de la disciplina?, ¿qué término la conceptualiza o recoge?/ ¿cuáles son los cambios que convierten a dicha meta en un objetivo más de todo el proceso?, ¿cuál es la nueva meta que surge?, ¿qué término la conceptualiza?.....¿cuál es la meta o fin último que guía nuestra actividad en la actualidad? y ¿qué término la conceptualiza?, ¿qué lugar ocupa en nuestros días el resto de terminología tratada?. El análisis lo vamos a realizar en dos bloques, atendiendo básicamente al contexto histórico que de manera más próxima y común comparten los términos. En un primer bloque trataremos los términos de *estimulación* y *educación*, y en el otro los de *intervención* y *atención*.



ESTIMULACIÓN Y EDUCACIÓN

1) Descripción de su utilización (Gráficas I y III del anexo)**a) Estimulación**

- Es el más utilizado hasta el momento (el 45%). Incidencia importante durante el primer período, pero la que disminuye considerablemente en el segundo (el 32% frente al 11%)
- Aparece mucho más al lado de *precoz* que al de *temprana* (el 37% frente al 17%), pero con unas diferencias muy marcadas durante el primer período (el 26% frente al 6%) aunque no durante el segundo, donde sus frecuencias se equiparan (el 11% frente al 11%), descendiendo su uso junto a *precoz* y aumentando con *temprana*.

b) Educación

- Es el término menos usado (el 7%). Su uso desciende de forma importante durante el segundo período (del 5% al 2%)
- Aparece con mayor frecuencia al lado de *temprana* que al de *precoz* (el 5% frente al 2%). Su uso durante el segundo período desciende tanto con uno como con otro término, aunque es más destacable su poca o nula incidencia junto a *precoz* (pasa del 2% en el primero, al 0% en el segundo), también es importante el cambio junto a *temprana* (pasa del 3% en el primero, al 2% durante el segundo).

En síntesis, podemos decir que ambos términos sufren un importante descenso durante el segundo período de la disciplina (desde 1986 hasta el momento), fundamentalmente junto al término *precoz*, y sólo el de *estimulación*, al lado del término *temprana*, aumenta algo durante esta segunda etapa.

2) Definición epistemológica

a) Estimulación

*Se dice de aquello destinado a activar los mecanismos de un proceso, es decir, lo que pone en marcha, favorece o apoya la actividad propia que tiene lugar en dicho proceso*¹⁰ (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991)

b) Educación

*Se dice de la actividad destinada a dirigir, favoreciendo y apoyando, el proceso de aprendizaje y desarrollo de las facultades psicológicas, cognitivo y afectivas, de una persona*¹¹ (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991)

3) Contexto donde surgen y desarrollan y análisis de la adecuación terminológica a dicho contexto

Una vez más, nos situamos en los orígenes de la disciplina, años 60 y 70, donde siempre nos vemos obligados a realizar la siguiente cita como marco clave de referencia: Kirk, 1958, Skeels, 1966, Hunt, 1961 y Sameroff y Chandler, 1975. Es un momento, como ya hemos resaltado en el apartado anterior, de intensa euforia entorno a los efectos del medio ambiente sobre los procesos psicológicos que transcurren durante los primeros años de la vida de un individuo, proceso que no es otro que el propio desarrollo. La siguiente cita de Ajuriaguerra (1973) sintetiza muy bien el nuevo pensamiento que guía y orienta la actividad teórica-práctica desarrollada durante estos años:

La falta de estimulación es desfavorable para el desarrollo del niño. Para su organización necesita estímulos, de tal forma que si éstos no existen o son insuficientes, la organización de la corteza cerebral se detiene o se desarrolla defectuosamente. Por otra parte, estímulos

¹⁰ Diccionario de la Lengua Española Santillana: Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

¹¹ Diccionario de la Lengua Española Santillana: Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

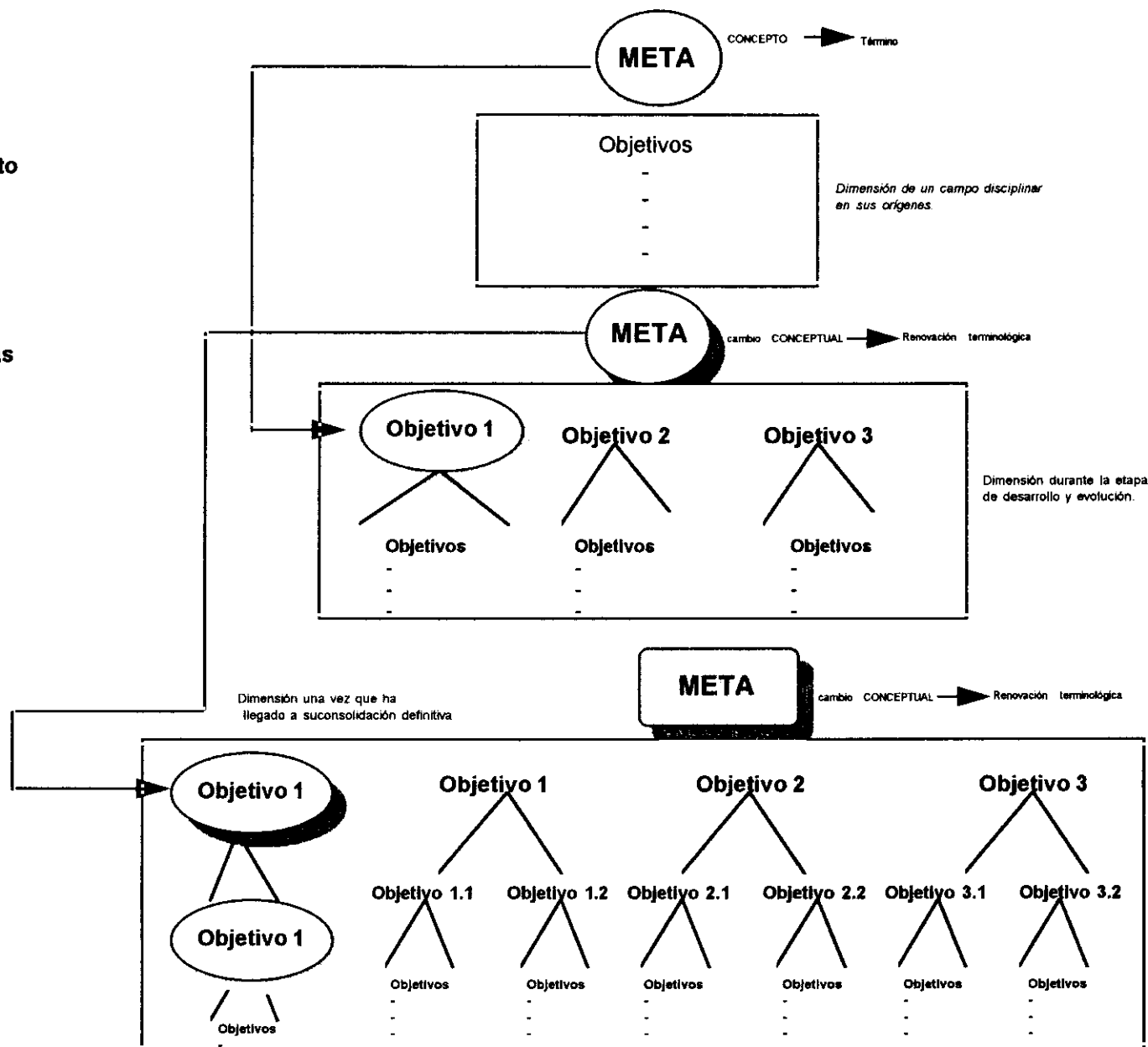
Gráfica 11

Progreso y avance de un campo disciplinar, como fruto del enriquecimiento progresivo de su teoría y práctica

Camino hacia la amplitud de dimensiones y perspectivas de actuación

Amplitud de la meta

Cambios conceptuales y terminológicos



anormales pueden dar lugar a modelos de comportamiento mal adaptados/ (Ajuriaguerra, 1973, 101-103).

El ambiente se presenta como un claro reactivo del proceso de desarrollo que tiene lugar en el período próximo al nacimiento. Se inicia un largo camino hacia el descubrimiento de los **elementos del ambiente** que de forma más determinante influyen sobre este proceso, elementos conceptualizados como **estímulos**, constituyendo así el principal objetivo de investigación del momento: ¿cuáles son los estímulos que mayor beneficio, o por el contrario mayor perjuicio, aportan sobre el desarrollo?, ¿cuáles sus propiedades?, ¿qué efectos concretos producen?..... Investigaciones que se desarrollan y apoyan en una amplia gama de *programas* de actuación, constituyendo a su vez el contenido de la experimentación emprendida. Estos programas se destinan principalmente a un tipo de población infantil, población de deficiencia documentada y con alto riesgo frente a la misma y cuyas características más relevantes durante este período inicial las podemos sintetizar en los siguientes puntos:

- Los programas como respuesta a un fin: Optimización del proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de la vida, optimización que posibilita la evitación o reducción de los efectos de una desventaja sociocultural o biológica. Fin del que se desprende una meta u objetivo más general y unos objetivos específicos.
- Los programas tienen un objetivo muy concreto: activar los mecanismos del proceso de desarrollo que tiene lugar durante el primer período de la vida, principalmente del proceso de desarrollo de aquellos individuos que padecen una deficiencia temprana o un alto riesgo frente a la misma, buscando una mayor optimización del mismo, a sabiendas que sin una intervención sistematizada y controlada, dejando su curso natural, tiene una probabilidad mucho menor de llegar a esta supuesta optimización tan necesaria para la futura funcionalidad de esta población.
- Los programas tienen un contenido basado en los principales estímulos ambientales capaces de generar un cambio y progreso en el desarrollo interno del sujeto.

- Los programas se apoyan sobre una *metodología* basada en una situación controlada por el especialista, en la que se aplica dicho programa y se busca la incidencia directa sobre el sujeto:

Presentación de un reactivo (estímulo) = cambio en el desarrollo, manifestación a través de una respuesta conductual del sujeto.

- Los programas se someten a una *experimentación*: cuyo objetivo es recopilar los resultados de dichos reactivos ante los efectos producidos sobre el proceso de desarrollo.

La conceptualización del tipo de actividad desarrollada en este primer momento tiene que dar respuesta a la meta u objetivo más general perseguido en la misma, objetivo que no es otro, tal y como ya hemos señalado, que el de *activar los mecanismos del proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de la vida del sujeto, buscando su puesta en marcha, su apoyo y facilitación* en la consecución de niveles cada vez más altos de optimización. Conceptualización que da lugar al origen del término ***Estimulación***, como el término que a través de su significado epistemológico, mejor se adapta al contenido de dicha meta u objetivo general. Término éste que, debido al período temporal en el que se sitúa y atendiendo al análisis que previamente hemos realizado sobre los términos precoz y temprano, se extiende y difunde de forma intensa acompañado por el adjetivo *precoz*. Se da lugar a una terminología que durante un largo período va a ser la más representativa, y por tanto difundida, de la actividad desarrollada, la de ***Estimulación Precoz*** (Gráfica 12)

La actividad está marcada por los siguientes elementos:

- Manipulación del ambiente que rodea al niño a través de una intervención sistematizada.
- Sistematización que tiene lugar a través del diseño de programas concretos de actuación, en los que se concretan unos objetivos, contenidos, actividades, metodología y evaluación.

No cabe duda que tenemos los ingredientes suficientes como para poder hablar de proceso educativo. Esta posibilidad que se contempla de forma inmediata por las distintas políticas educativas desarrolladas, principalmente en el contexto norteamericano, donde tiene lugar la iniciativa más importante a través del amplio despliegue de los llamados programas *Head Start* (**Westinghouse Learning Corporation, 1969**), concretamente en el campo de la educación compensatoria. El objetivo parte de una cierta sensibilización ante las desventajas socioculturales en las que se veía envuelta una amplia proporción de población norteamericana y se concreta en el intento de paliar, en la medida de lo posible y siempre dentro del margen de recursos educativos disponibles, los efectos de este ambiente de estimada pobreza estimular, superando así la desventaja inicial frente al resto de la población.

Posteriormente, la sensibilización va mucho más allá, extendiéndose sobre la población con deficiencia documentada, desventaja distinta a la sociocultural, desventaja de naturaleza clínica o biológica. La Atención Temprana adopta un nuevo carácter asistencial, ya no sólo compensatorio. El proyecto Head Start abre sus puertas al desarrollo de programas también destinados a la población con deficiencia documentada o alto riesgo de deficiencia, por causa biológica.

En 1972 se reformó la legislación que rige a Head Start para garantizar que 10% de su inscripción fuera de disminuidos (AcKerman y Moore, 1976)/ Bricker, 1991, 47

En Europa, el proceso es a la inversa; la Atención Temprana abre sus puertas en el marco asistencial, atendiendo a la población con deficiencias, para posteriormente ocupar un importante lugar en la política educativa compensatoria. Es aquí, donde la llamada *Estimulación Precoz* comienza a convertirse en un objetivo algo más concreto, dando paso a una nueva meta u objetivo más general en el que queda integrado, la *Educación Precoz o Temprana*.

La Educación Precoz o Temprana como la *actividad destinada a dirigir el proceso de aprendizaje y desarrollo de las facultades psicológicas que tienen lugar en la primera etapa de la vida a través de una activación de dicho proceso* (Gráfica 13)

4) Análisis de dicha adecuación ante los nuevos cambios que suceden en el presente marco de actuación y la nueva resolución terminológica

El avance e incremento del conocimiento a través de los distintos resultados de la investigación van remodelando y cambiando de forma sustancial el enfoque y perspectivas de esta actividad. Veamos cuáles son los elementos en que se fundamenta dichos cambios:

1. El efecto de los programas diseñados y aplicados hasta ahora, bajo una situación de control y sistematización por parte del especialista, en un determinado contexto del entorno del sujeto, pueden ser intensamente reducidos o anulados por el efecto del resto de contextos o situaciones que tienen lugar en el ambiente cotidiano del individuo a lo largo del día, ambiente que de forma prioritaria en estas edades queda conformado por la propia familia donde queda integrado.

La familia comienza a ser una variable importante de estudio y tratamiento, susceptible de inclusión en el diseño y aplicación de la programación, el niño deja de ser el único elemento susceptible de cambio. Surgen así los modelos ecológicos y comunitarios de la intervención como fruto de una nueva concepción del desarrollo humano, la concepción ecológica (**Bronfenbrenner, 1977**)

Gráfica 12

FIN

FIN: OPTIMIZAR EL PROCESO DE DESARROLLO QUE TIENE LUGAR DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA. OPTIMIZACIÓN QUE POSIBILITA LA EVITACIÓN O REDUCCIÓN DE LOS EFECTOS DE UNA DESVENTAJA SOCIOCULTURAL O BIOLÓGICA

META

Activar los mecanismos del proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de vida del sujeto

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Objetivos

Gráfica 13

FIN

FIN: OPTIMIZAR EL PROCESO DE DESARROLLO QUE TIENE LUGAR DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA. OPTIMIZACIÓN QUE POSIBILITA LA EVITACIÓN O REDUCCIÓN DE LOS EFECTOS DE UNA DESVENTAJA SOCIOCULTURAL O BIOLÓGICA

META

Dirigir, favoreciendo y apoyando, el proceso de aprendizaje y desarrollo de las facultades psicológicas del individuo durante los primeros años de vida

EDUCACIÓN TEMPRANA

Objetivos

ESTIMULACIÓN PRECOZ/ TEMPRANA

Activar los mecanismos del proceso de desarrollo que tiene lugar durante estos años

Gráfica-4

- *Los padres deben adquirir estrategias y habilidades de intervención que posibilite una actuación no ya sólo en el centro de tratamiento a manos de un especialista, sino en el contexto natural y cotidiano del niño a manos de sus cuidadores más directos, que en condiciones normales son los padres.* Diversos programas se ocuparon de realizar un estudio exhaustivo de las diferentes posibilidades y efectos de esta nueva variable de tratamiento (Cheseldine y McConkey, 1979; Baker, Heifetz y Murphy, 1980; Filler y Kasari, 1981; Adubato, Adams y Budd, 1981; Petrie, Kratochwill, Bergan y Nicholson, 1981).
- *Se debe buscar y conseguir unos niveles adecuados de interacción entre el niño y sus cuidadores (padres/ familia).* La interacción existente entre ambos queda sujeta a un proceso de retroalimentación constante. En la medida que los padres desarrollen actitudes positivas hacia sus hijos y consigan una mayores interacción con ellos, éstos mejorarán en su desarrollo. El niño, retroalimentado con su respuesta a los cuidadores, servirá de estimulación para intensificar la nueva respuesta y la interacción con el hijo. Es una forma muy importante de optimizar el medio ambiente cotidiano del niño. También se desarrolló importantes programas al respecto (Levenstein, 1970; Johnson, 1975; Madden y Col., 1976; Garber y Heber, 1977; Tyler y Kogan, 1977; Christophersen y Syke, 1979; Bromwich y Parmelee, 1979; Minde, Shosenberg, Marton, Thompson, Ripley y Burns, 1980; Field, Widmayer, Stringer y Ignaloff, 1980; Ramey y Col., 1983; Valle Trapero, 1991)
- En última instancia, una mejora o elevación de la calidad de vida de la familia tiene un efecto directo sobre la propia calidad de vida del sujeto y, por tanto, sobre la optimización de su desarrollo. *Se debe buscar y conseguir cierto cambio en la calidad de vida de la familia donde el niño queda inmerso.* Rescorla y Zigler (1981) llevaron a cabo una importante recopilación sobre los efectos de los programas en torno a esta variable.

2. Optimizar el proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de vida, no sólo implica activar o dirigir dicho proceso a través de una programación determinada, bien directamente sobre el niño o indirectamente sobre la familia, sino que implica realizar o llevar a cabo un proceso paralelo de detección, diagnóstico y pronóstico. Proceso del que se parte y sobre el que se apoya toda la actividad programada.

3. Optimizar el proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de vida de una población con deficiencia o con alto riesgo frente a la misma se convierte no sólo en una tarea de los distintos especialistas implicados en la actividad, sino en un derecho de carácter social de esta población y, de alguna manera, en un deber y obligación moral de la sociedad y, por tanto, del estado. Pasa a ocupar un importante lugar en las políticas desarrolladas a nivel nacional, pero siempre sujeta a las posibilidades de los recursos existentes.

El marco de actuación se amplía considerablemente, se amplían las variables, se amplían los objetivos, tanto cuantitativa como cualitativamente y se amplía la meta. La *estimulación* se convierte en objetivo específico, como parte o elemento integrante de la actividad desarrollada, cuya consecución nos acerca a la meta de la que parte, pero que ni mucho menos la completa. La educación, de igual forma, pasa a convertirse en otro elemento constitutivo, pero que no termina en sí mismo. La actividad educativa tiene que *comenzar a conjugarse con una actividad de naturaleza psicológica, sanitaria y social*. Ambos términos, pero de forma muy especial el de *estimulación* dejan de proporcionar un concepto global y general de dicha actividad, para pasar a conceptualizar objetivos específicos y concretos de la misma. A partir de aquí comienza a tener una especial relevancia los términos de *Intervención* y *Atención*, ya que van a ser los que de manera más efectiva y adecuada conceptualicen la meta u objetivo más general al que hace

referencia la actividad emprendida en este campo, tal y como seguidamente vamos a comprobar.

5) Conclusión

El análisis realizado justifica el descenso que, a través de los datos empíricos, sufren ambos términos a partir del segundo período. Pero los datos no parecen avalar el supuesto incremento del término *educación* frente al de *estimulación*, tal y como en el análisis se presentaba. Aunque el uso de ambos desciende, el término *educación* desciende más intensamente que el de *estimulación*, teniendo que ser a la inversa, por su mayor grado de generalización. Quizás, la causa de ello la podemos encontrar en la poca incidencia que el tratamiento temprano de la minusvalía o el alto riesgo frente a la misma tuvo dentro de los sistemas educativos o enseñanza reglada del momento. Las necesidades específicas de la población a quien se dirigía el tratamiento, exigían tales niveles de esfuerzos y recursos que difícilmente podían ser abordados dentro de una situación normalizada de educación tal y como la ofrecían por aquel entonces los sistemas educativos. Prueba de ello fueron los resultados tan significativos de las primeras iniciativas emprendidas en el campo de la educación compensatoria (Programas *Head Start* y afines), resultados que debido a las propias limitaciones del propio sistema, no aportan la espectacularidad esperada en los mismos (**Herber y Col, 1972; Whimbey y Whimbey, 1975; Hunt, 1976**).

Pero no podemos olvidar que una actividad, por el mero hecho de no quedar circunscrita de forma oficial en el sistema educativo, no deja de perder su naturaleza de carácter educativo y sistemático, como es el caso que nos ocupa. Toda actividad educativa sistematizada cuenta con unos elementos básicos:

- 1º Diagnóstico y valoración previa
- 2º Diseño y elaboración de un plan de actuación (programa educativo)

- 3º Aplicación de dicho plan
- 4º Evaluación y evaluación, tanto del proceso, donde queda implicado el propio programa, como del producto, donde de forma más directa se hace una referencia más directa a los objetivos y metas propuestos.
- 5º Vuelta a empezar con el diseño y elaboración del nuevo plan de actuación

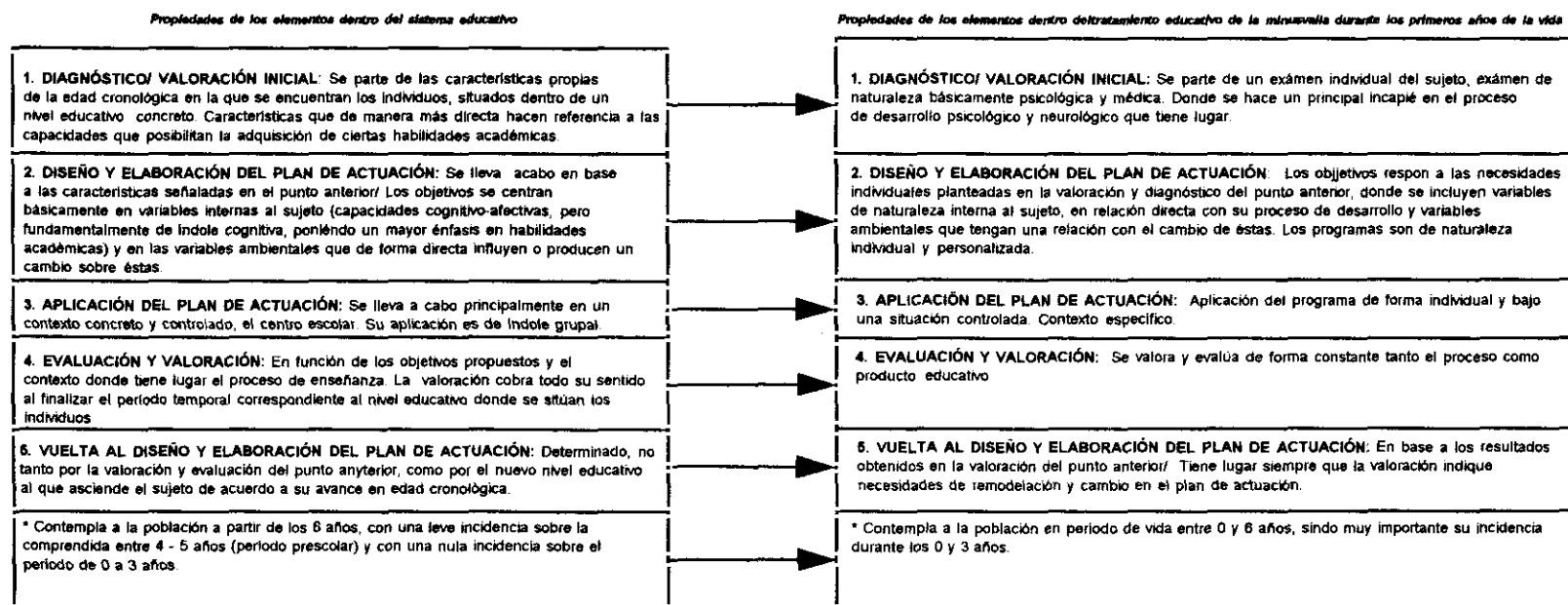
El tipo y la forma específica de abordar este diagnóstico, diseño y aplicación del plan de actuación y evaluación, pueden matizar las diferencias inherentes al modo de realizar la educación, pero, indudablemente, nunca decide entre una actividad educativa y una actividad no educativa (*Gráfica 14*).

La necesidad de distinguir entre las características del tratamiento de los elementos educativos del sistema oficial de enseñanza y de la actividad desarrollada en el campo de la minusvalía durante el período de los primeros años de la vida, obliga a incluir un término que, de alguna manera, también distinga en su conceptualización una actividad educativa de otra. El término *educación*, como el más arraigado a un contexto de educación oficial de forma tradicional se relega a un segundo plano, optando por una continuidad del término *estimulación*, dando continuidad a la terminología utilizada desde los orígenes de la disciplina, pero no por ello la más adecuada y certera ante el nivel de generalización que presenta. Es así como en la conceptualización del tratamiento temprano de la minusvalía predomina, durante un largo período de tiempo, una referencia más clara a uno de los objetivos inherentes al mismo, que no a la meta que le es propia, tal y como debía ser.

Los nuevos cambios señalados en el punto anterior van a conseguir romper en parte este conflicto terminológico, el término *intervención* consigue aportar una conceptualización más general y próxima a la meta, quedando así superado el término *estimulación*.

Gráfica 14

LOS ELEMENTOS DEL PROCESO EDUCATIVO DURANTE EL PRIMER PERÍODO DE LA DISCIPLINA



Pero conflicto superado en parte, porque desarrollar un campo de actuación al margen del ámbito que le es más propio por su propia naturaleza, como es el educativo, no termina de resolver el problema, o al menos no lo hace de la forma más adecuada.

Estos nuevos cambios amplían y hacen mucho más complejos los elementos del proceso educativo que exponíamos en el cuadro anterior, lo que aparentemente crea una mayor distancia con lo desarrollados dentro de un sistema educativo, pero no podemos olvidar que también la educación reglada, hoy por hoy, ha conseguido grandes logros en el campo de la Educación Infantil en cuanto al desarrollo de los elementos del proceso, lo que, de forma progresiva, va permitiendo un mayor acercamiento entre ambos modelos de actuación, llegando incluso a consolidarse un modelo de actuación general en el que ambos participen de forma conjunta y complementaria. Es de esperar que conforme evolucione y progrese la Educación en nuestros días, y muy especialmente la Educación Infantil, hacia un concepto de educación mucho más amplio que el desarrollado hasta el momento, esta participación conjunta cada vez sea más intensa y, por tanto, real.

INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN

1) Descripción de su Utilización (Gráficas I y III del anexo)

a) Intervención

Es el segundo término más utilizado (el 26%). Frecuencia que aumenta más del doble a lo largo del segundo período (pasa de un 8% a un 18%). Aparece más frecuentemente acompañando al adjetivo *temprano* (el 22% frente al 4%). Donde cabe destacar su poca o nula incidencia durante el primer período junto a *precoz* (0%), aunque ésta aumenta durante el segundo (4%), y su máxima incidencia junto a *temprana*, fundamentalmente durante el segundo período (el 8% frente al 14%).

b) Atención

No es un término excesivamente utilizado hasta el momento (el 12%), aunque cabe destacar el gran aumento que ha tenido durante el segundo período (del 2% al 10%). Aparece con mayor frecuencia acompañando por *temprana* (un 9% frente a un 3% con *precoz*). Aunque el aumento durante el segundo período es importante, junto al término *precoz* (del 1% al 2%), todavía es más destacable el aumento que sufre junto a *temprana* (del 1% al 8%).

2) Definición epistemológica**a) Intervención**

*Se dice de aquella actividad destinada a tomar parte en un asunto, mediando o influyendo en el mismo*¹² (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991)

b) Atención

*Se dice de aquella actividad destinada a cuidar o proteger a un individuo, tratando de cubrir sus necesidades*¹³ (Diccionario de la Lengua Española Santillana, 1991)

3) Contexto donde surgen o desarrollan y análisis de la adecuación terminológica a dicho contexto

El contexto lo constituye los cambios que se suceden como consecuencia de los nuevos conocimientos que tienen lugar entorno a los elementos ambientales estimados como los más influyentes o determinantes sobre el proceso de desarrollo de los primeros años, cambios que hemos abordado ampliamente en el punto anterior y que dan forma al nuevo

¹² Diccionario de la Lengua Española Santillana: Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

¹³ Diccionario de la Lengua Española Santillana: Madrid/ Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa-Calpe: Madrid

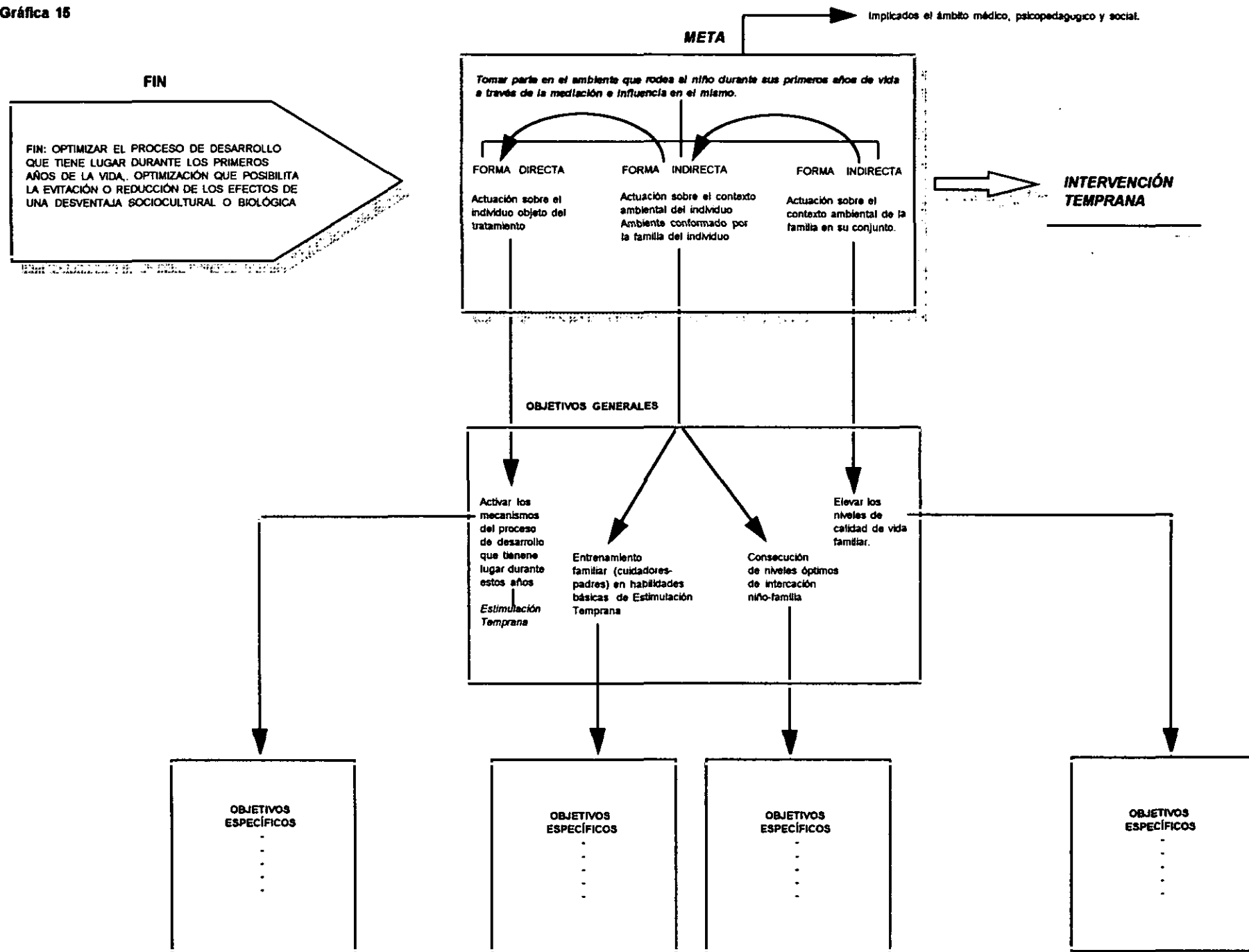
contexto en el que nos situamos. Ya no se trata únicamente de desarrollar una actividad basada en una activación directa de los mecanismos del desarrollo del niño, a través del diseño y elaboración de un programa específico para tal fin.

Ahora se trata de llevar a cabo una actividad mucho más amplia, una actividad destinada a tomar parte en el ambiente que rodea al niño durante sus primeros años a través de una mediación e influencia en el mismo. Ambiente que durante estos años queda monopolizado por la propia familia en la que queda inmerso. Actividad conceptualizada perfectamente por el término *intervención*, si atendemos al significado epistemológico que proponíamos más arriba. También se trata de una actuación que se inicia en la detección y diagnóstico médico-psicológico y termina con un plan de actuación sobre el niño, su familia y el medio ambiente que condiciona a ambos. Por tanto, nos situamos ante una *intervención* de naturaleza interdisciplinar: intervención médica, intervención psicopedagógica e intervención social (*Gráfica 15*).

Pero quizás lo más interesante y alentador es el carisma político que todo ello adopta a partir de este momento. El fin que, hasta el momento, ha guiado desde los orígenes esta actividad, *la evitación o reducción de los efectos de una minusvalía o riesgo frente a la misma a través de la optimización del proceso de desarrollo que tiene lugar durante los primeros años de la vida*, se convierte no sólo en una necesidad de un determinado sector de la sociedad, sino en una necesidad susceptible de atender y cubrir por la sociedad en su conjunto a través del desarrollo de una política de administración pública.

La Intervención Temprana pasa así a ocupar un lugar importante dentro de las políticas desarrolladas en el campo de la prevención de minusvalías. El estado asume una nueva responsabilidad dentro del cuidado y protección de la población minusválida, la responsabilidad ante la prevención de la misma.

Gráfica 15



Cubrir las necesidades de esta población implica atender la necesidad que ésta presenta durante sus primeros años ante las posibilidades de evitación o reducción de los efectos sobre una futura discapacidad o minusvalía.

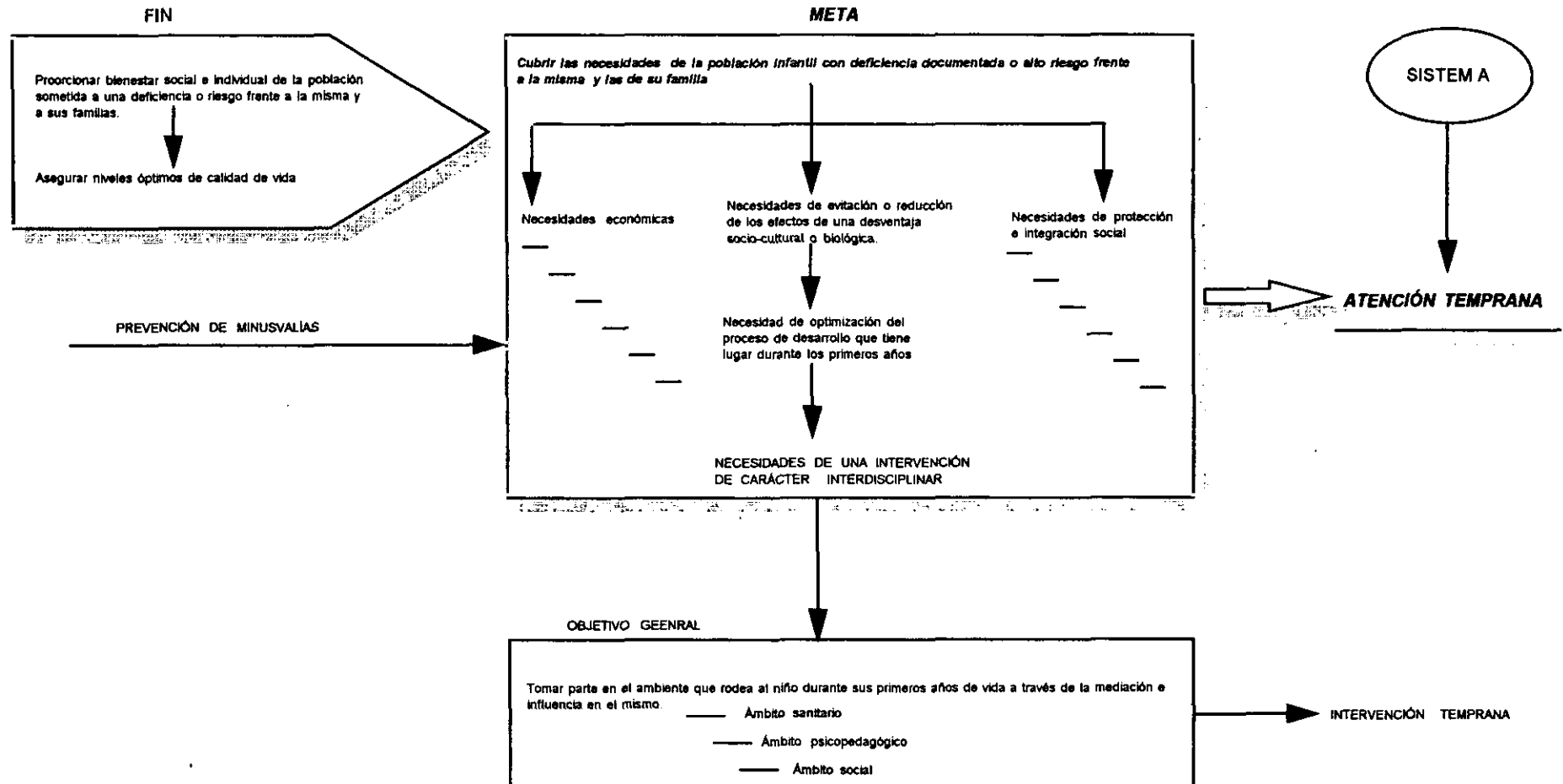
El término *Atención*, intenta dar respuesta a esta nueva perspectiva del tratamiento temprano de la minusvalía. Perspectiva que, una vez más, vuelve a ampliar el campo de actuación, actuación que no comienza en el tratamiento de los especialistas implicados (*Intervención Temprana*), sino, que va mucho más allá, dando comienzo por la propia administración pública, donde adopta la forma y contenido de servicio público (*Gráfica 16*)

4) Conclusión

Actualmente, todavía carecemos de una clara precisión entorno al uso de los términos *Intervención* y *Atención*, precisión y diferenciación de uso que se estima mayor a lo largo del futuro próximo, una vez que ésta adopte una mayor consistencia como servicio público.

La naturaleza de la presente investigación, teniendo en cuenta el objetivo y variable principal de la misma, que no es otra que la coordinación entre los distintos organismos o instituciones encargados de llevar a cabo la *Intervención Temprana*, nos obliga a situarnos en el marco de actuación más amplio. Entendiéndola como **sistema** concreto de actuación, es el término de *Atención Temprana* el que más se ajusta al contenido del estudio que nos ocupa.

Gráfica 16



3. EL USUARIO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La Atención Temprana cubre a un tipo de población muy concreta, a la población infantil, concretamente el período infantil que va desde el nacimiento hasta los 6 años, aunque actualmente se ha puesto un especial interés sobre el tratamiento más cercano al nacimiento, el que abarca de los 0 a los 3 años, donde los efectos del medio ambiente pueden llegar a ser mucho más determinantes de cara a la prevención del desarrollo de una futura minusvalía. Esta población se puede dividir o clasificar, atendiendo a la naturaleza de la deficiencia, como (**Bricker, 1991; Guralnick y Bennett, 1989**):

1. Población infantil con deficiencias documentadas
2. Población infantil de alto riesgo, la que a su vez se divide en dos grandes grupos:
 - 2.1 Población de alto riesgo de deficiencia, por causa biológica
 - 2.2 Población de alto riesgo de deficiencia, por causa ambiental

3.1 POBLACIÓN INFANTIL DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA

Queda conformada por aquellos lactantes o niños clasificados como de riesgo por razones médicas o ambientales, quienes nacieron en forma prematura o sufrieron alguna patología temprana en la vida, tienen cuidadores de competencia cuestionable o provienen de un ambiente abusivo/negligente. Queda esta población dividida en dos grandes grupos (**Bricker, 1991**):

A. POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA POR CAUSA BIOLÓGICA

Niños de familias sociales desfavorecidos, lo que supone una situación de riesgo. según se ha constatado repetidas veces, los niños con menor rendimiento escolar e intelectual provienen en una medida desproporcionada de familias de bajo nivel socioeconómico (Heber, Dever y Conry, 1968; Ramey, Stedman, Borders-Patterson y Mengel, 1978).

El fenómeno se atribuye a menudo a los ambientes con bajos niveles de estimulación, pero existen otras muchas causas posibles de retraso del desarrollo relacionadas con el bajo estatus socioeconómico. Por ejemplo, las complicaciones médicas durante el embarazo; falta de recursos materiales para cubrir las necesidades básicas del niño; el nivel educativo de la madre. Estos factores de riesgo ambiental favorecen la aparición de retrasos posteriores, si bien con un grado de pronosticabilidad o especificidad menor que en las deficiencias de origen orgánico (Bryant y Ramey, 1989).

B. POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE DEFICIENCIA POR CAUSA AMBIENTAL

El concepto de aumento de riesgo biológico se utiliza en general con referencia a todo niño o recién nacido que ha experimentado un fenómeno o secuencia de acontecimientos desencadenantes de posibles lesiones cerebrales, con secuelas conductuales o neuroevolutivas negativas a largo plazo. Se trata de una noción paralela a la de situación de riesgo por causas ambientales. No se aplica a niños con deficiencias y discapacidades ya diagnosticadas, sino que se relaciona con una fase de vulnerabilidad anterior a la aparición real de una alteración permanente del desarrollo. Se busca evitar

las situaciones que favorecen la aparición de alteraciones del Sistema Nervioso Central en una población identificada como de alto riesgo.

El prototipo lo constituye el niño prematuro/de bajo peso al nacer que pasan por una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Pero existen otras situaciones de riesgo biológico: asfixia perinatal, infecciones del sistema nervioso central, traumatismos, ingestión de sustancias tóxicas e hipoxia sostenida, como la que se produce en un ataque continuo de asma o en una crisis convulsiva no controlada. (Bennet, 1989)

3.2 POBLACIÓN INFANTIL CON DEFICIENCIA DOCUMENTADA

Conformada por aquellos lactantes o niños que padecen alteraciones biológicas desde su nacimiento o desde periodos próximos al mismo, quienes tienen claras manifestaciones de algunos déficit o deficiencias estructurales o conductuales, por lo general identificables tempranamente. Esta población incluye niños con alteraciones genéticas, alteraciones metabólicas, alteraciones neurológicas o alteraciones sensoriales (Bricker, 1991). Según propone Bricker (1991), se hace necesaria realizar una clara distinción entre estos tipos de población en términos de etiología, homogeneidad, incidencia y pronóstico de cara a la programación de cualquier tipo de intervención. Esta clasificación responde, como ya hemos dicho, a una clasificación en función de la naturaleza de la deficiencia, revisemos su origen y justificación en el marco de la Atención Temprana.

A. CLASIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

Tradicionalmente, las deficiencias han sufrido todo tipo de clasificaciones (Castanedo Secada, 1987):

1. Clasificación atendiendo al aspecto cognitivo o intelectual, muy propio del ámbito psicológico:

- Según el grado de inteligencia
- Según el grado de educabilidad
- Según el grado de adaptación social

2. Clasificación atendiendo a la etiología de la deficiencia

3. Clasificación atendiendo al momento cronológico de aparición de la deficiencia

- Prenatales
- Perinatales
- Postnatales

4. Clasificación atendiendo al área de desarrollo afectada

5. Clasificación en función de la naturaleza de la deficiencia:

- Deficiencias a partir de un daño orgánico detectado
- Deficiencias sin daño orgánico detectable
 - Deficiencias exógenas/ deficiencias endógenas (Strauss)
 - Deficiencias patológicas/ deficiencias fisiológicas (Tarjan)
 - Deficiencias por daños orgánicos cerebrales/ deficiencias subculturales (Lewis)

El carácter preventivo de la Atención Temprana, su intencionalidad, ya no sólo en población con deficiencia documentada (daño cerebral detectado), sino extendida hacia aquella población que en un futuro puede desarrollar una determinada discapacidad, aunque no como consecuencia directa de un daño cerebral detectable, sino como consecuencia de una situación de riesgo (donde no tiene porque manifestarse un daño

orgánico claro), hace necesaria buscar una clasificación en base a la tradicional clasificación de la deficiencia según la naturaleza de la misma; única forma de concretar y determinar de forma muy concreta la población destinataria de este servicio.

4. LUGAR DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL TRATAMIENTO GENERAL DE LA MINUSVALÍA

El tratamiento temprano de la deficiencia tiene una clara función de naturaleza preventiva, tal y como hemos podido comprobar en el apartado anterior. Pero no toda actividad de naturaleza preventiva tiene porque ser Intervención Temprana, son distintos los niveles de prevención, y sólo en dos de ellos tiene lugar la intervención con estas características.

La prevención es uno de los tres mecanismos con los que actualmente contamos en el tratamiento general de la deficiencia, siendo la *rehabilitación* y la *equiparación de oportunidades* ① los otros dos. Tres mecanismos que se conjugan y complementan a lo largo de todo el proceso destinada a cubrir las necesidades de esta población.

4.1 PREVENCIÓN

Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, 1982, 13)¹

¹O.N.U Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, 1982; La Voz y Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías (1992); Madrid

4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

La prevención de minusvalías se lleva a cabo hoy a través de tres niveles distintos de actuación ②:

- 1º Prevención Primaria Medidas encaminadas a evitar aquellos factores que mantienen una relación con la deficiencia, lo que requiere un estudio etiológico de la deficiencia con el fin de conocer y evitar los factores causales de la misma.
- 2º Prevención Secundaria Procurar que, aún no habiendo podido evitar la existencia de factores causales de la deficiencia en el ambiente que rodea al individuo, situándole con un alto riesgo frente a la misma, estos factores no entren en contacto con él, o al menos que, los efectos que produzcan en caso de ser inevitable el contacto, sean lo más reducidos posibles.
- 3º Prevención Terciaria Medidas encaminadas a reducir al mínimo grado posible los efectos o consecuencias de la deficiencia, una vez implantada en el sujeto por su inevitable contacto con los factores causales de la misma. Consiguiendo así una reducción de los efectos de la deficiencia en discapacidad o minusvalía futura③.

(OMS, 1980)

La Atención Temprana encuentra su marco concreto de actuación a partir del segundo nivel de prevención.

NOTAS

①

Prevención: "Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (Prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas"/

Una perspectiva desde las posibilidades de padecer una deficiencia o ante los primeros momentos de aparición de la misma

Rehabilitación: "Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con eficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales./ Una perspectiva desde la discapacidad ya adquirida y consolidada.

Equiparación de Oportunidades: "Significa el proceso mediante el cual, el sistema general de la sociedad (tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo) se hace accesible para todos./ Una perspectiva desde la minusvalía

O.N.U. Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Trigésimo séptimo período de sesiones, por Resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, Pág: 16; Edit: La VOZ (1992) (Traducción en castellano por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía)

②

Definición de los tres niveles de prevención de minusvalías por Villa Elízaga, 1991

- Prevención Primaria: "Conjunto de medidas encaminadas a evitar los factores nocivos"
- Prevención Secundaria: "Procura que, aunque existan ciertos factores nocivos en una determinada familia o ambiente, éstos no lleguen a afectar al niño"
- Prevención Terciaria: "Se pone en marcha cuando ya los factores causales han contactado con el sujeto y se procura que sus consecuencias sean del mínimo grado posible"

(VILLA ELÍZAGA Y Col. (1991) *Desarrollo y Estimulación del Niño Durante los Tres Primeros Años de su Vida*, Pág: 26/ Pamplona: EUNSA)

Definición de los tres niveles de prevención de minusvalías por Castanedo Secada, 1987

- Prevención Primaria: "Todo aquello que, de una manera indirecta, intenta prevenir las deficiencias, evitando que se den las causas"

- Prevención secundaria: "Tratar de identificar precozmente los estados potencialmente invalidantes (diagnóstico precoz) y consiguiente Intervención Precoz para evitar una posible discapacidad"
- Prevención Terciaria: "Una vez que nos encontramos ante una deficiencia documentada, tratar que sus efectos discapacitadores sean lo más reducidos posibles. Cuanto antes se trate mejor"

(CASTANEDO SECADA (1987); *Deficiencia Mental: Aspectos Teóricos y Tratamientos*"; Costa Rica:

EUDEMA)

Definición de los tres niveles de prevención de minusvalías por Sánchez Asín, 1993

- Prevención Primaria: "Está dirigida a grandes colectivos o comunidades con el fin de incrementar la sensibilización hacia medidas profilácticas de carácter mecánico (radiaciones), químico (tabaco, alcohol, metil mercurio, drogas fuertes, determinados fármacos), agentes infecciosos (rubéola, citomegalovirus, varicela-herpes de Zoster) y la lucha contra el hambre y el analfabetismo"
- Prevención Secundaria: "Pretende reducir la prevalencia de trastornos de alto riesgo en una población dada".
- Prevención Terciaria: Tiene como objetivo la reducción de la tasa de trastornos que han sido detectados en la fase perinatal o postnatal: esta prevención se centra en los programas de rehabilitación y Estimulación Precoz con el fin de reducir su duración o consecuencias graves"

(SÁNCHEZ ASÍN (1993); *Necesidades Educativas e Intervención Psicopedagógica*", Págs: 222-224;

Barcelona: PPU)

③

- **Deficiencia (Impairment):** "Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica"/ Situación exteriorizada
- **Discapacidad (Disability):** "Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano"/ Situación objetivada
- **Minusvalía (Handicap):** "Es una situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)"/ Situación socializada

Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (Ginebra, 1980) *"International Classification of Impairments,*

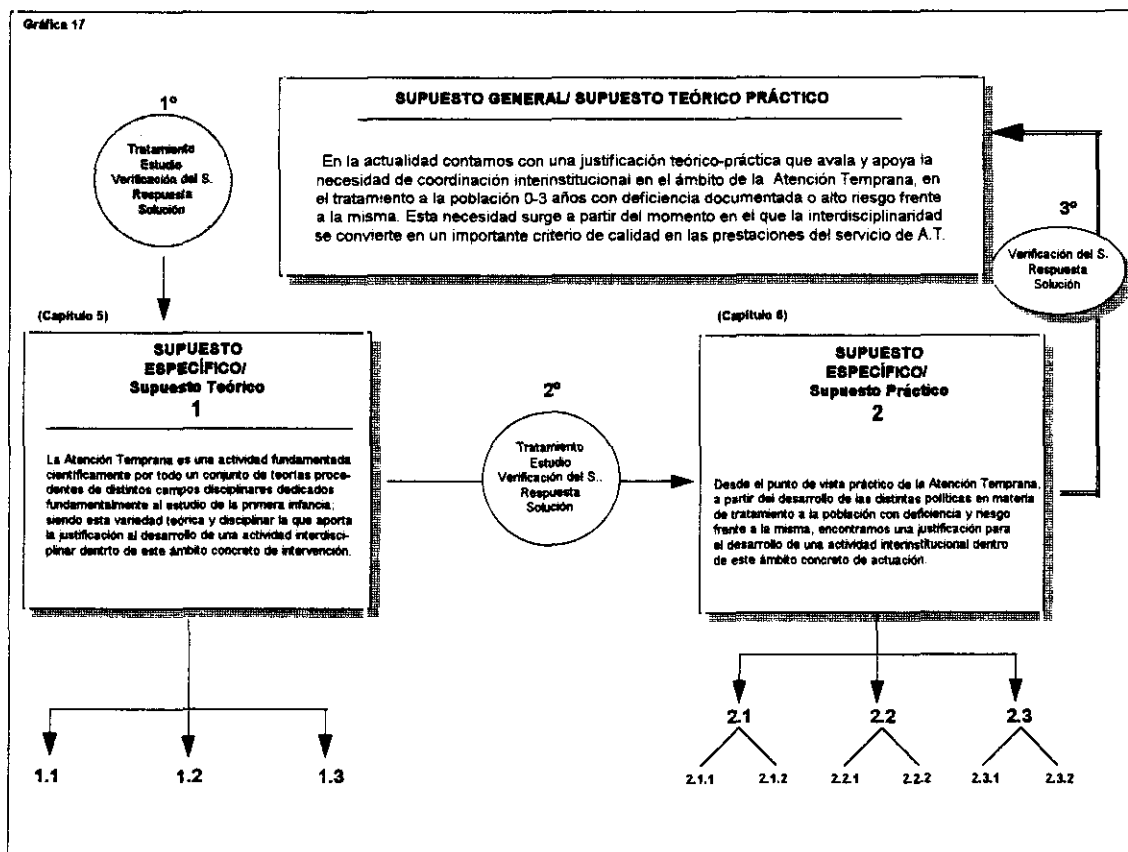
Disabilities, and Handicaps"

CAPÍTULO 5

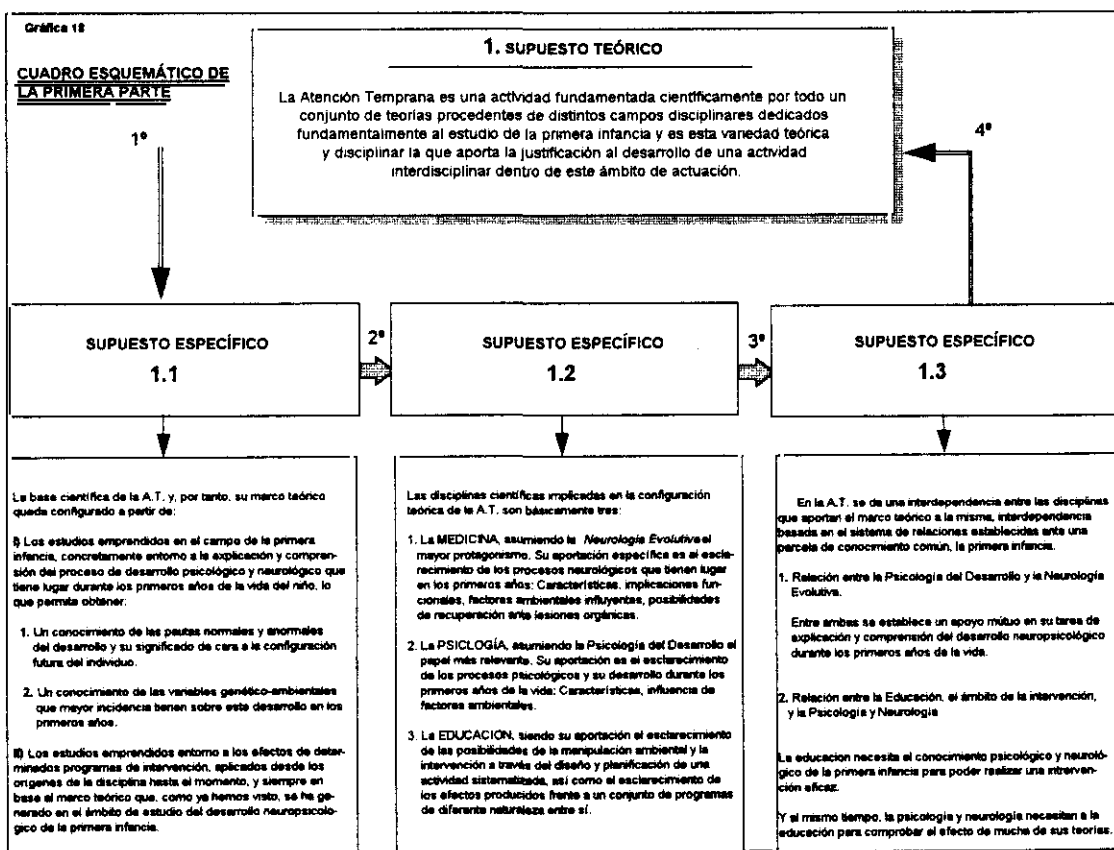
JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DE LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Para llevar a cabo, tanto la justificación teórica de este capítulo como la justificación práctica del siguiente, capítulo 6, partimos de la propuesta de un supuesto que trataremos de verificar a través de un proceso de verificación que ocupará la fundamentación teórica de esta investigación. En el siguiente cuadro esquemático se propone este supuesto y el proceso que vamos a seguir en ambos capítulos de cara a su verificación

CUADRO ESQUEMÁTICO DE LA VERIFICACIÓN DEL SUPUESTO GENERAL



1. CUADRO ESQUEMÁTICO DE LA VERIFICACIÓN DEL SUPUESTO TEÓRICO (1)



2. BASE CIENTÍFICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. DISCIPLINAS IMPLICADAS Y APORTACIÓN ESPECÍFICA DE CADA UNA

SUPUESTO 1.1: *La Atención Temprana cuenta con una base científica y, por tanto, con un marco teórico propio*

SUPUESTO 1.2: *En su configuración teórica quedan implicadas básicamente tres disciplinas: medicina, psicología y educación*

2.1 INTRODUCCIÓN

Partiendo de estos dos supuestos, buscaremos, a través de la técnica basada en las *fuentes de información existentes*, la verificación y contrastación de los mismas, obteniendo así la respuesta a estos primeros planteamientos o cuestiones.

Como ya hemos podido comprobar en el apartado anterior, dedicado al tratamiento terminológico y conceptual de la Atención Temprana, partimos de la siguiente realidad en este campo: La **Atención Temprana** se constituye como un sistema destinado a cubrir las necesidades específicas de una población muy concreta, siempre en la búsqueda de elevar los niveles de calidad de vida de esta población y los que le rodean, tanto a corto, como a largo plazo:

Población: Comprendida entre una edad cronológica de cero a tres años y sometida una situación de deficiencia documentada, o alto riesgo frente a la misma, situación detectada en el momento del nacimiento o durante el curso de estos años.

Necesidad: de carácter fundamentalmente preventivo.

Está claro que el propio término de *prevención* tiene más connotaciones positivas que negativas, entendiendo por prevención aquello que trata de evitar un daño, peligro o mal¹. Pero ahora cabe preguntarnos: ¿cómo se puede realizar esa prevención?, ¿cuáles son las posibilidades y garantías de la misma?, ¿realmente se puede buscar la prevención del desarrollo de una discapacidad ante una situación de deficiencia documentada o alto riesgo frente a la misma, proporcionando así calidad de vida a esta población y sus familiares?; si atendemos a la definición que la OMS propone el 1980 sobre prevención y los distintos niveles que la comprenden, vemos las posibilidades que esta manifestación abre para esta población de cara a un proceso preventivo:

*Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (OMS, 1980, 16)*²

¿Cuáles Son las Posibilidades Preventivas en una Población con Deficiencia Documentada o Alto Riesgo Frente a la Misma durante los Primeros Años de su Vida?

1º ¿Cómo se lleva a cabo este proceso preventivo?

A través de una *Intervención*. Es por ello por lo que, dentro de este contexto concreto, podemos encontrar cierto paralelismo entre prevención e intervención. Cubrir la necesidad de prevención de la población que queda recogida por un sistema de Atención Temprana es, en cierta manera, cubrir una *necesidad de intervención*, una intervención con características propias y que la convierten en una intervención específica, concreta y distinta al resto, estamos hablando de la *Intervención Temprana*.

¹ Aceptación basada en la definición de "preventivo" según el *Diccionario de la Lengua Española*, Santillana, 1991

² En *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, 1982*, Separata de la Voz/Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías: Madrid, 1992

La naturaleza de esta intervención es de naturaleza propiamente educativa, es una intervención basada en un control y manipulación del ambiente que rodea al individuo y su entorno, como objetos de influencia de dicho ambiente, a través de una sistematización y secuencialización de la actividad emprendida, tomando así gran relevancia el diseño y aplicación de un plan o programa de intervención, apoyado siempre por el diagnóstico o valoración inicial de la situación en la que se encuentra inmerso el sujeto.

2° ¿En qué consiste este proceso preventivo o intervención?:

1) Ante una población con deficiencia documentada la tarea consistirá en una intervención basada en una reducción de los efectos de la deficiencia o lesiones orgánicas sobre su capacitación y funcionalidad individual y social, es decir, reducir o minimizar la discapacidad y minusvalía futura a través de proporcionar aquellos estímulos ambientales capaces de potenciar al máximo estas capacidades o funcionalidad humana. Hablar de reducción o minimización de discapacidad o minusvalía es hablar de mejorar las condiciones de vida de un sujeto y su familia.

2) Ante una población de alto riesgo de deficiencia, la tarea consistirá en una intervención basada en una reducción de los efectos de unas condiciones biológico o sociales contraproducentes para la futura capacitación y funcionalidad del sujeto, es decir, evitar la posible aparición de una discapacidad o minusvalía, asegurando así los niveles óptimos de calidad de vida de estos sujetos y sus familiares.

3° ¿Cuáles son las garantías de este proceso y, por tanto, sus posibilidades reales?

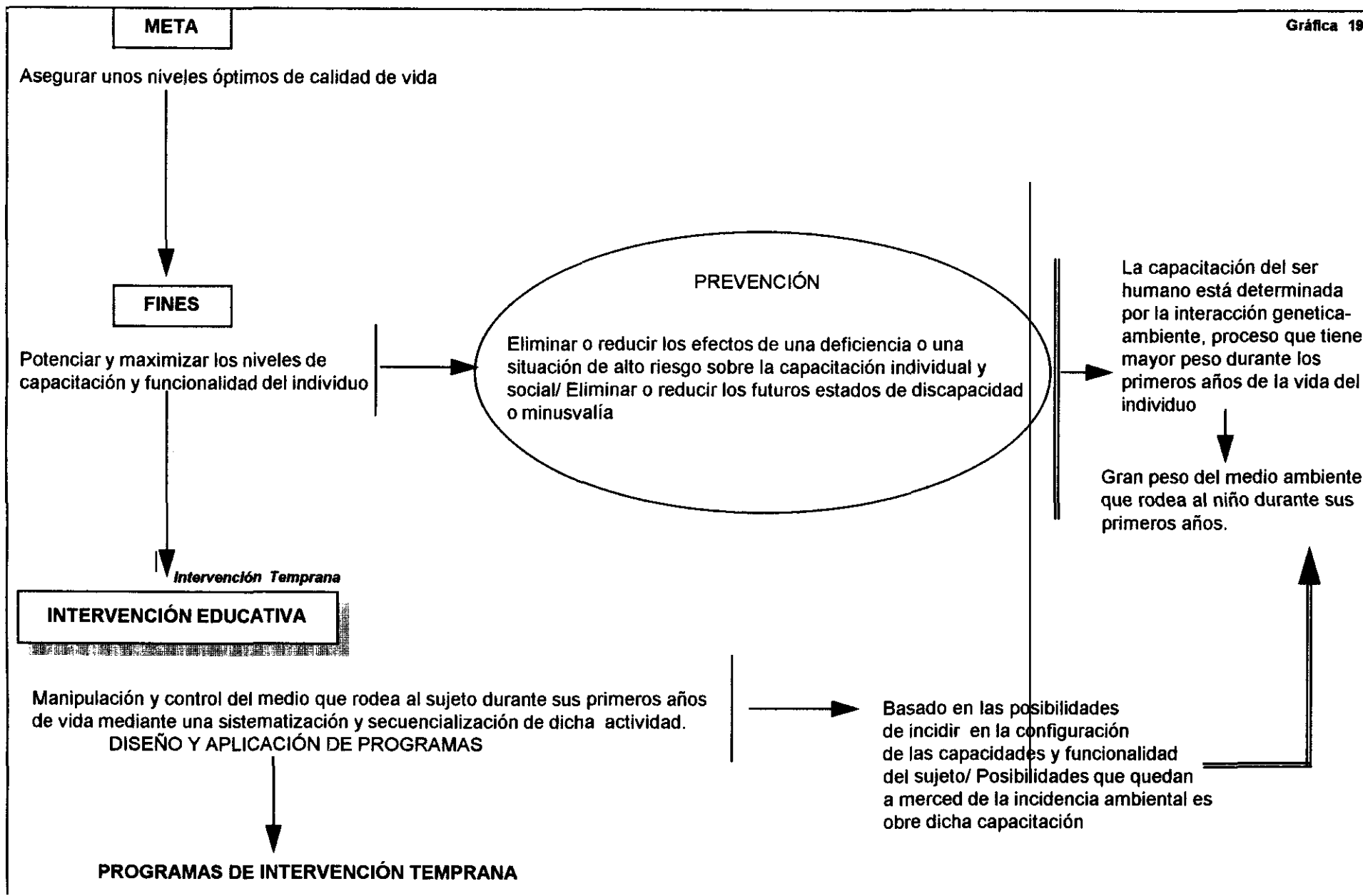
1) Por un lado tenemos un proceso de intervención de naturaleza básicamente educativa. Lo que conlleva o implica unos presupuestos previos:

La capacitación y funcionalidad humana está, de alguna manera, determinada por el medio que rodea los primeros años de la vida; la capacitación psicofísica del ser humano es producto de una interacción genético-ambiental, la que toma una gran fuerza en edades próximas al nacimiento, haciendo posible una incidencia sobre esta capacitación a través de una intervención de naturaleza educativa, es decir, a través de la manipulación y control de este medio mediante una sistematización y secuencialización de dicha intervención durante los primeros años de la vida del individuo.

Podemos afirmar, por tanto, que a través de la intervención educativa, podemos incidir sobre la capacitación y funcionalidad del individuo en la medida que el medio así lo hace, principalmente durante estos años. *La educación es posible, por tanto así, la intervención, y en última instancia, también la prevención* (Gráfica 19)

2) Por otro lado, tenemos un proceso de intervención educativa con características propias, lo que le convierten en una intervención única y distinta al resto de las educativas: cubre a una población específica y parte de una meta y finalidades también muy concretas, tal y como hemos podido comprobar, quedando así muy condicionado el proceso metodológico de dicha intervención.

Hemos visto como, para garantizar y justificar la prevención dentro de este ámbito y con las peculiaridades que le son propias, en un primer lugar, nos hemos encontrado obligados a apoyar la posibilidad de una intervención, como primer paso de garantía, ya que identificábamos prevención con intervención, pero para asegurar o garantizar verdaderamente la posibilidad de la prevención tenemos que ir más allá.



Asegurar las posibilidades de intervención no es asegurar que por ello vaya a tener lugar la prevención, para ello tenemos que asegurar las posibilidades de eficacia y eficiencia de dicha intervención.

Sabemos que el medio ambiente ejerce una influencia sobre la capacitación del sujeto durante sus primeros años, así como la intervención. Pero, ¿es posible saber cuáles son los factores o variables ambientales que mayor efecto producen sobre dicha capacitación?. Sólo así podremos asegurar una verdadera intervención y, por tanto, la única forma de conseguir nuestros objetivos, de conseguir la prevención.

Hoy por hoy, podemos decir que contamos con un proceso de intervención capaz de asegurar unos mínimos de eficacia y efectividad. Ello también conlleva o implica unos presupuestos:

Entre ellos, la existencia de unos factores ambientales mucho más determinantes que otros en la futura capacitación del sujeto; existe cierta variabilidad de los efectos de estos factores en función de las distintas situaciones contextuales donde se encuentre ubicado el individuo, y en función de las distintas peculiaridades de la lesión o alto riesgo que sufre el niño frente a la deficiencia, o en función de sus propias características individuales.

Es muy importante el papel que van a desempeñar los distintos programas elaborados en este campo, tanto en el contenido de los mismo, atendiendo a esta variabilidad ambiental, como en la metodología o evaluación realizada.

La intervención es posible, pero no vale cualquier intervención, sólo aquella que nos acerque a un mayor logro de los objetivos propuestos, es decir a una eficacia y efectividad mayor. *La intervención con ciertos niveles de calidad, que*

aseguren una clara consecución de objetivos, finalidades y meta, también es posible. Ello, de igual forma, garantiza la posibilidad de la prevención.

3) Y por último, tenemos un proceso de intervención que, como todo proceso de estas características, debe partir de una detección, valoración o diagnóstico previo de la realidad sobre la que va a tratar de incidir. Lo que también cuenta con unos supuestos implícitos:

Poder realizar el proceso de intervención presupone una capacidad de análisis, valoración y diagnóstico de la realidad sobre la que se va a intervenir, por tanto un conocimiento de las características, regularidad y variabilidad con la que se manifiesta esta realidad y del significado de dicha manifestación en cada momento de aparición, lo que ofrece la posibilidad de un pronóstico y un consecuente diseño y planificación de la intervención.

Garantizar la prevención a través de esta intervención supone conocer exhaustivamente la realidad sobre la que vamos a actuar: *el niño de 0 a 3 años, con deficiencia documentada o alto riesgo frente a la misma*, conocimiento del proceso de desarrollo neuropsicológico que tiene lugar en estos años:

- Pautas del desarrollo normal: ¿Cómo se desarrolla el sistema nervioso y la capacitación psicofísica del individuo?, ¿qué pautas o secuencias sigue?, ¿cuáles son los cambios que operan hasta la consecución de la maduración neuropsicológica?, ¿Qué procesos internos y conductuales se dan en estos cambios?
- Signos patológicos en el desarrollo: ¿cuáles son las pautas anormales del desarrollo?, ¿cuáles el significado o las consecuencias de cada uno de estos signos?, ¿cuál es el pronóstico?

Podemos concluir diciendo, que *la detección, valoración, diagnóstico y pronóstico, como paso previo y sobre el que se apoya la intervención, es posible*, por tanto, es una última garantía de cara al proceso preventivo en el que nos situamos dentro de la Atención Temprana.

Estos tres puntos, donde quedan garantizado el proceso preventivo, constituyen toda la fundamentación científica de la Atención Temprana, es decir , son el eje de su propio marco teórico.

Seguidamente vamos a ocuparnos, a través de la revisión y análisis de las fuentes existentes, de este tratamiento teórico, base de nuestras hipótesis, analizando cada uno de estos supuestos desde las aportaciones de las distintas disciplinas implicadas en dicha tarea, buscando, no sólo delimitar la fundamentación científica de la Atención Temprana, sino también las disciplinas implicadas y las aportaciones de cada una de ellas, lo que nos permitirá finalmente, dar respuesta a las preguntas que encabezan este primer apartado.

2.2 CONOCIMIENTO DE LAS PAUTAS DEL DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO Y SU APORTACIÓN A LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO TEMPRANOS

APORTACIÓN DE LA NEUROLOGÍA

Dentro de la Neurología encontramos una subespecialidad con características peculiares y específicas, la Neurología Evolutiva o del Desarrollo, termino adoptado por Lamote de Grignon, 1956, 1961, 1980 y mantenido posteriormente por distintos autores, entre los que cabe una especial mención, el Doctor Campos Castelló, 1969, 1979, 1992.

La Neurología Evolutiva nace como disciplina destinada al estudio del sistema nervioso del niño durante sus primeros años de la vida. Las características específicas del sistema nervioso durante el período próximo al nacimiento lo hace cuantitativa y cualitativamente distinto al del adulto, por tanto, también su estudio tiene que ser diferente, surgiendo así una rama o especialidad dentro de la Neurología como campo de estudio específico. La característica más relevante del sistema nervioso del niño frente al del adulto es que el niño nace con un sistema nervioso inmaduro y en vías de desarrollo, siendo este desarrollo el que le permitirá alcanzar la maduración necesaria para llegar a la plenitud funcional, propia de todo ser humano adulto.

Por tanto, y siguiendo a la definición que Campos Castelló (1969) otorga a este campo concreto de estudio, podemos decir que la Neurología Evolutiva es aquella disciplina dedicada al estudio del desarrollo del sistema nervioso desde el punto de vista de su maduración.

La relevancia que adquiere esta disciplina, prácticamente desde mediados de siglo, gira entorno al peso que va adquiriendo en nuestra cultura el conocimiento temprano de las anomalías que en el futuro pueden desembocar en situaciones discapacitantes para el sujeto en el que se manifiestan. Las posibilidades que comienzan a abrirse en el campo de la Intervención Temprana de cara a la rehabilitación orgánica, enfatizan, de alguna manera, este interés, como más tarde comprobaremos.

A. El Curso del desarrollo neurológico del niño/ De la inmadurez a la madurez del sistema nervioso

El *desarrollo* consiste en dos procesos biológicos fundamentales, según Hellbrügge (1980): *crecimiento* y *diferenciación*. El crecimiento va unido a una progresiva diferenciación de todas las células, tejidos, órganos y sistemas; el crecimiento origina e

impulsa la diferenciación; sin embargo, la diferenciación inhibe el crecimiento. Por tanto, podemos concluir diciendo que el término de la diferenciación, de alguna manera, supone el final del crecimiento.

Todo crecimiento supone un cambio, un cambio que conduce hacia la diferenciación. Estos cambios son procesos secuenciales que tienen lugar a lo largo de todo el desarrollo.

El desarrollo neurológico en la edad temprana, el paso de la inmadurez a la madurez del sistema nervioso, pasa por una sistematización anatómica que, de forma global, y recogiendo los procesos más significativos, quedarían sintetizados en los siguientes puntos (Levi, 1955) :

1. Desarrollo en volumen y peso del encéfalo y, respectivamente, de la corteza y de las zonas de valor asociativo.
2. Perfeccionamiento de las estructuras corticales.
3. Mielinización de las fibras nerviosas
4. Aumento de las conexiones axiales y dentríticas
5. Diferenciación de los centros corticales de regulación y coordinación funcional
6. Tendencia a la asimetría anatómica y funcional

En estos cambios anatómicos, según Villa Elizaga (1991), adquiere una especial relevancia los procesos de *crecimiento celular* y el *proceso de mielinización*, como procesos orgánicos elementales en la maduración del sistema nervioso.

El crecimiento celular, tiene un máximo de intensidad alrededor de la 32 semanas de gestación, pero sigue creciendo a velocidad máxima en las primeras semanas de vida extrauterina; el cerebro pesa 350 gr. (25% del peso del adulto) en el momento del nacimiento, a los 7 meses dobla su peso, y a los 18 meses lo triplica. La mielinización es el recubrimiento de los nervios por una capa de sustancia aislante llamada *mielina* que hace aumentar la velocidad de conducción nervioso (imprescindible para la funcionalidad

psicofísica del individuo); comienza en los últimos meses de vida intrauterina y prosigue durante, al menos, los dos primeros años de la vida postnatal; sigue una progresión ascendente. La mielogénesis en la zona medular está casi terminada al nacer, mientras que en este momento es inexistente en los hemisferios cerebrales y el cerebro.

Pero, y siguiendo a Villa Elízaga, ambos procesos orgánicos, aun siendo uno de los aspectos de la maduración funcional del S.N. más relevantes, no son los únicos; también es importante señalar el proceso de desarrollo de los cuerpos neuronales, el de las arborizaciones dentríticas, el de las interconexiones neuronales o sinápsis y el de la progresiva corticalización cerebral.

Esta inmadurez del sistema nervioso limita y reduce la funcionalidad psíquica del sujeto, y será el avance en el desarrollo y el acercamiento a su madurez la que vaya permitiendo una aparición funcional plena, de progresiva complejidad. Sólo en la medida que este sistema nervioso evolucione y avance hacia su maduración, a través de todos los procesos y cambios anatómicos pertinentes, se hará posible una evolución y avance conductual.

El ser humano, a través de este proceso, pasa de una conducta refleja, automática, simple, propia del estado de inmadurez en los primeros momentos de la vida, a una conducta cada vez más intencional, voluntaria y compleja, propia de una progresiva maduración:

La progresiva "corticalización" de la conducta hace que unos centros nerviosos jerárquicamente más superiores, más "humanos", vayan adquiriendo el mando, mientras otras estructuras más primitivas se batan en retirada (Villa Elízaga, 1992, 30).

En las primeras etapas de la vida, lo que predomina es la estructura recibida merced a la dotación cromosómica....., pero posteriormente pasará de sus primeros patrones automáticos a los niveles motores que liberan al niño de su dependencia íntima con el adulto y a adquirir las grandes funciones que caracterizan al hombre (Campos Castelló, 1969, 2).

El crecimiento de las funciones mentales tiende a irse apartando del automatismo; y la conducta, ante los objetos o los acontecimientos, va siendo cada vez más flexible y mediada por anticipaciones e intenciones.

B. El Desarrollo neurológico de los primeros años/ Las pautas de normalidad y anormalidad/ Examen y diagnóstico del desarrollo

A través de las distintas aportaciones que, desde principios de siglo, vienen dándose en este campo de estudio, entre las que cabe destacar, por un lado, las más clásicas en manos de Kleijin, 1912; Moro, 1918; Landau, 1923; Schaltenbrand, 1925; Peiper, 1927; Magnus y Rademacher, 1930; McGraw, 1943; y por otro, las que podemos clasificar como más recientes y actualizadas, en manos de Böbath, 1955; Dekaban, 1959; André-Thomas, 1960 y sus discípulos, Saint-Anne Dargassies, 1967 y Lamote de Grignon, 1980; Collis, 1964; Prechtl y Beintema, 1964; Köng, 1975; Stambach, 1978; Ingle Flehmig, 1988; Illinworth, 1991; Campos Castelló, 1992; ha quedado demostrado que los distintos niveles de maduración por los que pasa el sistema nervioso del niño desde su nacimiento, tienen una manifestación física, básicamente a través de su conducta motora, permitiendo un conocimiento del nivel madurativo en el que se encuentra el sujeto en cada momento, de aquí dimana el concepto de "*edad del desarrollo neurológico*" (Hellbrügge, 1980).

Cada momento cronológico por el que va pasando el niño a lo largo de su desarrollo responde a un nivel concreto de maduración de su sistema nervioso (el paso del tiempo va dando paso a niveles cada vez más amplios de maduración a través de un proceso evolutivo, inherente al propio desarrollo), y este nivel de maduración se va materializando o visualizando a través de una progresiva y variada conducta o funcionalidad motora. La generalidad y frecuencia con la que se han ido dando estas

conductas o desarrollo madurativo, recogida por las incesantes observaciones de la población infantil, han permitido establecer los criterios de normalidad, atendiendo a la frecuencia y manifestación más comúnmente observada a lo largo del período de desarrollo.

La Neurología Evolutiva, por tanto, puede expresar el grado de perfeccionamiento adquirido por el sistema nervioso de un niño en un momento determinado. A través de la observación de su conducta externa, *conducta neuromotora*, se establecerá la similitud o distancia de estas manifestaciones físicas con los criterios de normalidad establecidos para ese momento de edad cronológica en la que se encuentra el sujeto en cuestión, pudiendo así establecer el nivel de maduración exacto en el que se encuentra el niño; si no existen variaciones con la norma, se podrá hablar de un adecuado proceso de desarrollo neurológico, y si existe alguna variación, nos encontraremos ante una situación por encima de lo esperado o por debajo, dando lugar así a alteraciones dignas de atención.

Esta aportación de la Neurología Evolutiva permite llevar a cabo exámenes y diagnósticos desde las edades más tempranas. André-Thomas (1952) propone un método semiológico como base de este examen o diagnóstico en la etapa neonatal, el que dará lugar al desarrollo de importantes pruebas diagnósticas durante este primer período de la vida, entre las que podemos señalar las de Brazelton, 1964; Hellbrügge y Pechstein, 1968; Dobler, 1970; Flehmig, 1971; Göb, 1967; Miliani-Comparetti, 1963; Votja, 1972, 74 entre otros.

El hecho fundamental del método semiológico es la comparación de los patrones de conducta en cada edad determinada con los establecidos en el niño normal y realizado a lo largo del tiempo, de forma longitudinal. Esta semiología se apoya en un método cuyas principales premisas son la *observación de reflejos, sinergias y automatismos*, determinando el tiempo que deben estar presentes y, finalmente, el estudio del *tono*

muscular según sus características de extensibilidad, pasividad y consistencia, para en función del conjunto de observaciones, considerar globalmente la maduración del niño desde las fases más tempranas de su existencia (**Campos Castelló, 1969**)

Cualquier anomalía detectada a lo largo del examen del niño, es decir, cualquier desajuste funcional respecto a su edad, puede ser producto de un trastorno madurativo y, por tanto, neurológico, lo que se convierte en un *signo de alarma*, susceptible de atención. Esta perturbación del desarrollo evolutivo del sistema nervioso es denominada "*Maduropatía*", siendo Lamote de Grignon (1956) el primero en utilizar esta terminología.

Una inmadurez totalmente desajustada a una edad cronológica, una *maduropatía*, tendrá importantes repercusiones futuras sobre la funcionalidad del niño, pudiendo ser gravemente afectada su capacitación, traducida en términos de deficiencias psíquicas o físicas.

Por último, señalaremos otro de los grandes valores que este nuevo método, utilizando la terminología de André-Thomas, método *semiológico*, tiene a partir de los últimos años frente a los problemas que el aumento de la prematuridad está teniendo en el campo neonatológico.

Determinar la edad gestacional exacta del niño prematuro a veces se hace tedioso y difícil para el neonatólogo, pero es un dato imprescindible para estos profesionales. La mayor parte de los criterios sobre los que se apoya la determinación de esta edad gestacional (peso, talla...) son con frecuencia poco concluyentes, sin embargo, y gracias a este método semiológico podemos seguir longitudinalmente al prematuro y conocer con exactitud su edad concepcional gracias al grado de maduración que presenta su sistema nervioso (**Campos Castelló, 1969**)

C. Las anomalías en el desarrollo neurológico y sus implicaciones en el conjunto psíquico y físico del individuo/ El pronóstico

Hasta aquí, hemos revisado cómo la Neurología Evolutiva nos ha permitido establecer unos signos de manifestación física capaces de anunciar una normalidad en el proceso de maduración neurológica del niño o por el contrario, una desviación o anomalía, posibilitando así un estado de alerta y una detección precoz. La importancia que esta detección precoz adquiere en nuestros días es señalada con cierta unanimidad, tal y como podemos comprobar en la siguiente cita de Dekaban:

El conocimiento completo o total del modelo normal de desarrollo de las funciones del sistema nervioso durante la maduración del niño es de gran importancia para detectar precozmente cualquier trastorno neurológico mental (Dekaban, 1959, 102)

Pero el conocimiento generado por esta disciplina nos permite algo más que una detección, nos permite un posterior análisis etiológico y funcional de dicha anomalía, nos permite el acceso a un diagnóstico y valoración de la afectación del individuo, incluso al significado y consecuencias a corto y largo plazo en la capacitación y funcionalidad global, física y psíquica, del individuo como persona, es decir, al pronóstico esperado ante dicha anomalía, ¿cuál es la eventual alteración futura previsible en el individuo? (Campos Castelló, 1979).

Para que pueda darse un verdadero pronóstico, con ciertas garantías de validez, tiene que haberse generado todo un cuerpo de conocimientos entorno a:

- La evolución de los casos que con anterioridad han sufrido una anomalía o desviación similar, a través de los estudios longitudinales pertinentes; cuál ha sido el desarrollo y evolución general, cuál ha sido la repercusión en la funcionalidad y capacitación posterior.

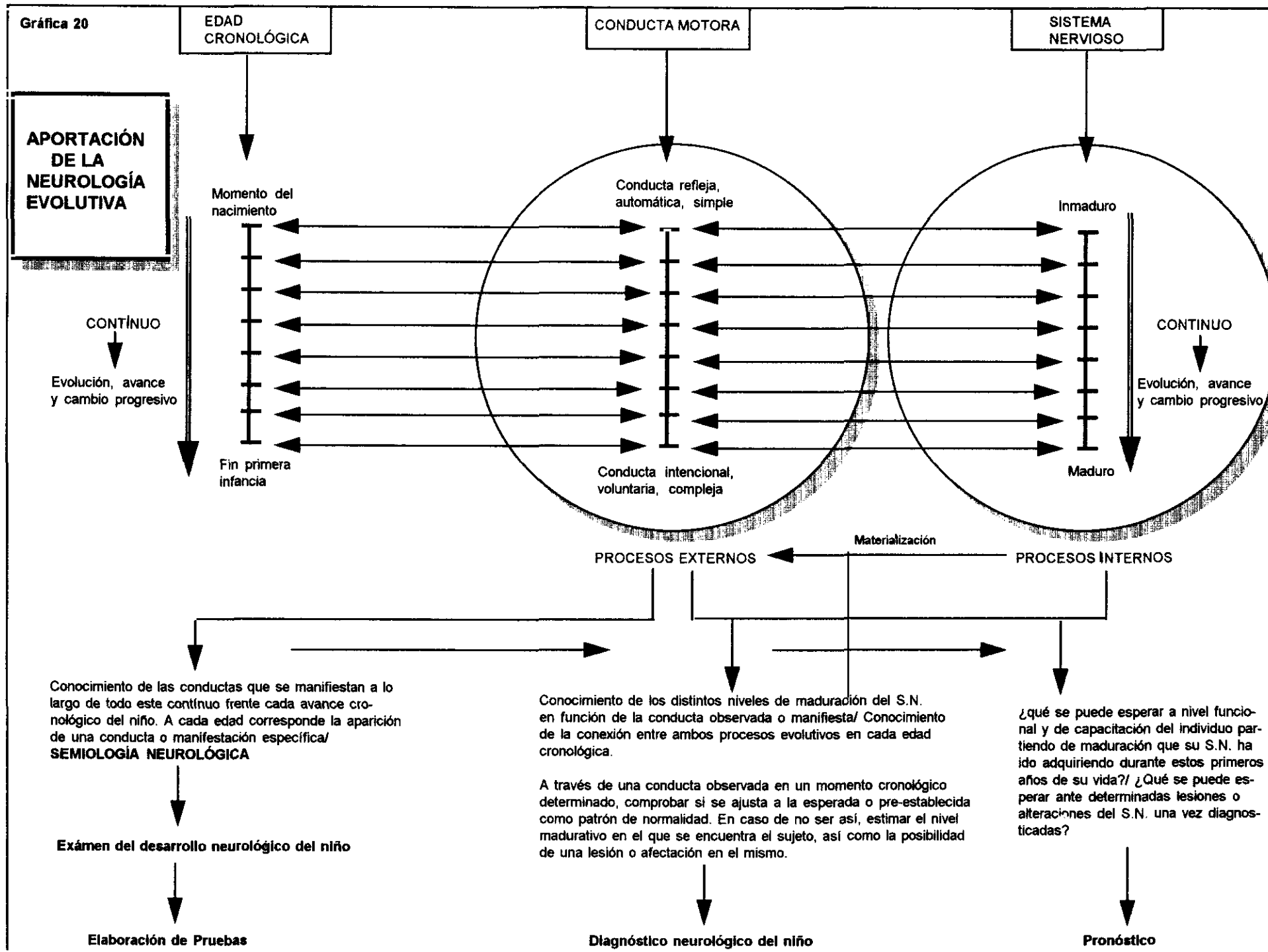
- Los efectos de ciertas condiciones medio-ambientales en la evolución de casos anteriores en los que se ha presentado dicha anomalía, permitiéndonos así emitir predicciones o pronósticos más ajustados teniendo presente las condiciones individuales que van a rodear al sujeto a lo largo de su desarrollo. Aunque sobre ello hablaremos más detenidamente posteriormente.

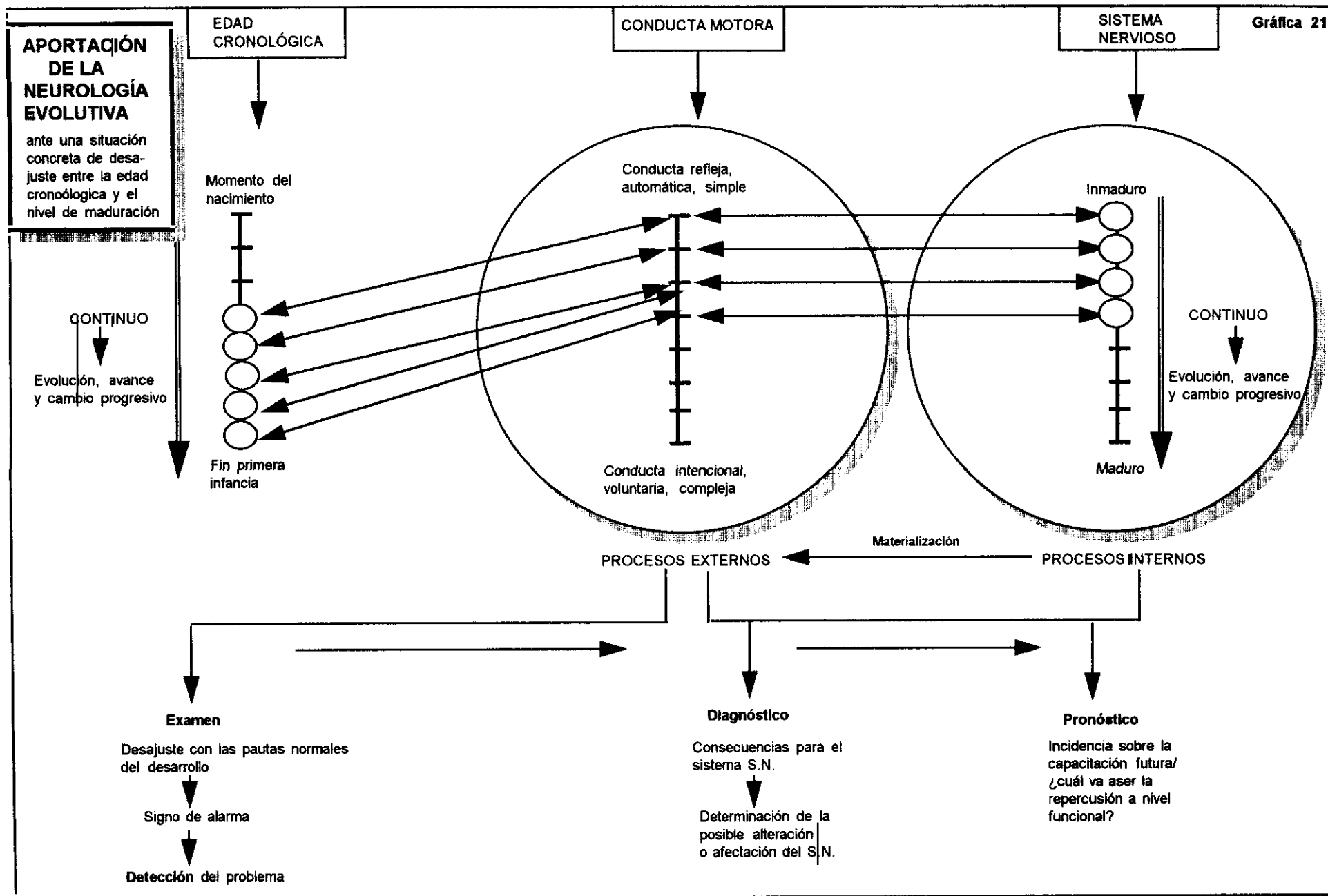
D. Conclusión

En los cuadros siguientes podemos ver, de forma esquemática, cuál es la aportación de este campo disciplinar. Partiendo de los estudios del desarrollo neurológico normal nos acercamos a la detección, diagnóstico y pronóstico de lo anormal o patológico (*Gráficas 20 y 21*); Comprobamos que la Neurología Evolutiva abre un campo muy importante en el terreno de la detección, diagnóstico y pronóstico temprano, imprescindible para todo tratamiento temprano. Pero, sólo es una de las tantas aportaciones que esta disciplina ofrece al campo de la Atención Temprana, como veremos en un capítulo posterior. Asegurar o garantizar las posibilidades del sistema de Atención Temprana, lógicamente tiene que ir mucho más allá; la detección, diagnóstico y pronóstico neurológico temprano sólo es el primer eslabón de la cadena teórica sobre la que descansa la fundamentación científica de este sistema.

Además, a las aportaciones de la Neurología Evolutiva sobre esta detección, diagnóstico y pronóstico, todavía queda que sumarle las aportaciones que sobre ello ha realizado la Psicología, concretamente la psicología del Desarrollo, y van a ser estas aportaciones a las que le dediquemos nuestra atención en el punto siguiente.

Gráfica 20





APORTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA

La Psicología, al igual que la Neurología, delimita una parcela de conocimiento específica para el estudio de los primeros años de la vida del hombre, se trata de la *Psicología del Desarrollo*, también llamada por otros autores, Psicología de la Primera Infancia (Lescure, 1991).

La diferencia entre unas funciones psicológicas todavía indefinidas y en vías de desarrollo, las del niño, y unas funciones ya definidas y consolidadas de forma prácticamente definitiva, las del adulto, ha llevado al desarrollo de un campo disciplinar específico dentro de la Psicología, la Psicología del Desarrollo. Tiene un mismo objeto de estudio, los procesos psicológicos del ser humano, pero unos procesos con unas características y peculiaridades muy distintas a las correspondientes a cualquier otra etapa de la vida humana.

El estudio del desarrollo está influido por las distintas teorías psicológicas que han ido sucediéndose desde los inicios de la misma. Este estudio persigue un doble objetivo, por un lado la descripción de las conductas que van sucediéndose cronológicamente a lo largo de la evolución del niño durante sus primeros años, y a partir de esta descripción, buscar una explicación y comprensión de esa manifestación, dando así lugar a todo un modelo teórico del desarrollo.

Pues bien, esta doble intencionalidad de los estudios tiene también una doble aportación al campo práctico, concretamente en el que nosotros nos ubicamos, la Atención Temprana. La descripción conductual del niño ha permitido la elaboración y difusión de una amplia gama de escalas de medición del desarrollo, también denominados instrumentos diagnósticos o evaluativos del desarrollo. Y estas escalas posibilitan la

detección temprana de una anomalía o perturbación, así como el incentivo o propulsivo del diagnóstico.

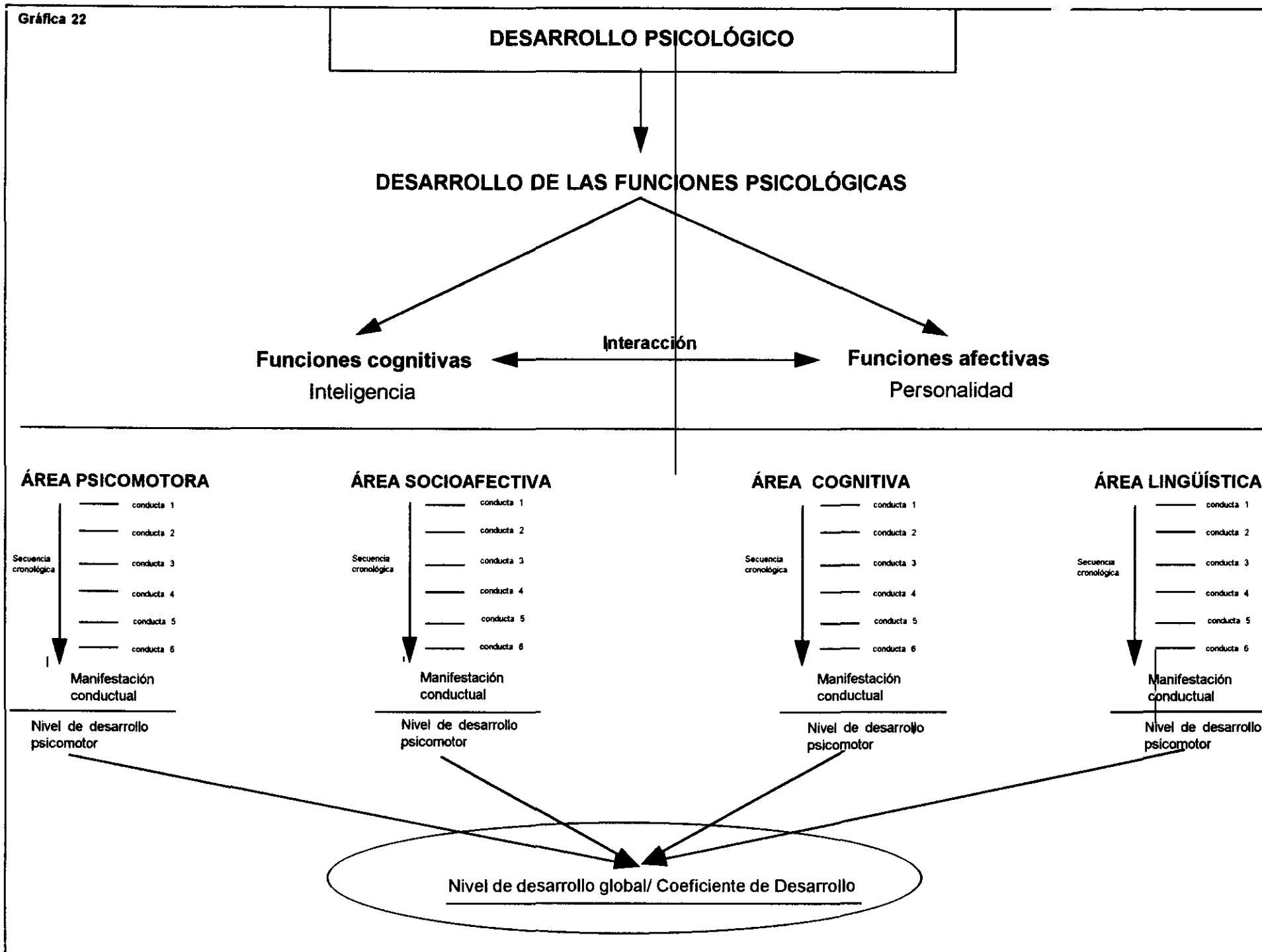
Por otro lado, los intentos de explicación y comprensión del desarrollo a partir de esa observación y descripción conductual, ha dado la base para realizar diagnósticos y pronósticos psicológicos del niño de forma pormenorizada y útil de cara a la intervención.

A. El curso del desarrollo psicológico del niño/ El origen, desarrollo y configuración de las funciones psíquicas

- Las Teorías Sobre el Desarrollo Infantil -

Las principales teorías del desarrollo psicológico emergen de las principales teorías psicológicas que hasta el momento han tratado de describir, explicar y conocer la configuración psicológica del individuo: ¿a qué responde la conducta humana?, ha sido la pregunta origen y de la que ha partido todo este despliegue teórico. Cada teoría, una vez hipotetizada la respuesta a la pregunta origen, *¿a qué responde la conducta humana?*, propone, una concepción del desarrollo psicológico que tiene lugar durante los primeros años, ¿cómo se conforma, constituye y desarrolla dicha conducta a partir de la hipótesis propuesta en su explicación?. En el siguiente cuadro queda reflejado el procedimiento seguido por cada una de estas teorías (*Gráfica 22*). Pasemos, pues, a revisar cuáles han sido las teorías psicológicas más predominantes, así como las aportaciones que cada una de ellas han realizado en el campo concreto del desarrollo, y de forma muy especial al de la detección, diagnóstico y pronóstico, tema que nos ocupa este apartado. En la historia de la psicología han existido predominantemente dos grandes corrientes o enfoques teóricos que han orientado y guiado el desarrollo teórico en este campo:

Gráfica 22



1. El comportamiento humano como reflejo de procesos que tienen lugar en el interior del ser humano
2. El comportamiento humano como reflejo de los acontecimientos externos al sujeto/ determinado por variables exógenas
3. Hacia una explicación del comportamiento humano desde un enfoque integrador

a) El comportamiento humano como reflejo de procesos que tienen lugar en el interior del ser humano

1. *Procesos orgánicos/ Determinado por variables endógenas*

Da lugar a posturas denominadas *organicistas*, para cuyos defensores, todo mecanismo mental se reduce a la actividad de sistemas neurológicos existentes y, prescindiendo de esta mecánica, nada puede quedar elucidado. La integración de las funciones queda explicada por la madurez y actividad sucesiva de aparatos anatomofisiológicos, y los disfuncionamientos por desorganizaciones orgánicas generales o focales. Investigan una etiología basada fundamentalmente en factores hereditarios, o en factores adquiridos, tóxicos, infecciosos, metabólicos..... (Ajuriaguerra, 1991).

Dentro de este cuerpo teórico, y de cara a la explicación y comprensión del desarrollo infantil se conforma la teoría denominada *maduracionista*. Los autores de esta teoría asumen que el desarrollo del comportamiento proviene fundamentalmente de la sucesión madurativa del sistema nervioso y no, claro está, de los cambios que conlleva el ejercicio y el uso de la función. Para ellos existe un orden de sucesión constante, equivalente para todos los niños en la primera fase de desarrollo, así como que ciertos comportamientos pueden aparecer completamente al margen de toda posibilidad de aprendizaje. El niño, a medida que su sistema nervioso central va madurando, va mostrando niveles más

altos de competencia a lo largo de diversos sistemas funcionales y áreas de desarrollo (**Monod, 1970; Jacob, 1970; Gesell, 1952**)

Los modelos diagnósticos generados dentro de esta corriente han sido fundamentalmente los *modelos psicométricos* y los *modelos clínicos*. Cuya principal diferencia queda marcada por el método de estudio y análisis utilizado, el estadístico y el clínico.

El modelo psicométrico (**Galton, F. 1822-1911/ McKeen Cattell, J. 1861-1934/ Binet, A. 1857-1911/ Witmer, L. 1867-1956**), como modelo clásico del psicodiagnóstico, procede de la influencia de la psicología diferencial. El estudio de las diferencias individuales de los sujetos en base a su ejecución en diferentes pruebas o tests se utilizó para identificar ciertos rasgos o dimensiones que, posteriormente adquirieron entidad explicativa en la labor evaluadora. Atendiendo a una concepción de la conducta como determinada por los atributos intrapsíquicos o variables orgánicas, se busca aquellas manifestaciones externas que sirvan de indicadores de los trastornos internos no evaluables directamente. Estos atributos internos en función de los cuales se explica la conducta y cuya denominación más común es *rasgo* son constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de la covariación de conductas simples.

Este modelo se reconoce por dos vertientes en su desarrollo, los tests de inteligencia y aptitudes y los cuestionarios de personalidad, a través de los cuales se ha tratado de evaluar a los sujetos por una serie de variables (rasgos o aptitudes) que se consideran estables en el individuo, por lo que podemos predecir su conducta una vez medidas. (**Verdugo Alonso, 1994**)

El modelo clínico, también parte de la concepción organicista o biologicista de la conducta humana y sobre todo de sus alteraciones o psicopatología. Es un

modelo no generado desde la psicología, sino desde la medicina. El concepto clave de este modelo es el de enfermedad o trastorno orgánico. Cualquier alteración psicológica en el comportamiento de un sujeto se interpreta como signo o síntoma de una enfermedad o trastorno orgánico subyacente, debiendo ser diagnosticado, y, en consecuencia, realizar el trastorno médico dirigido a eliminar o remediar el agente patológico causante.

El énfasis dado a los factores biológicos y hereditarios, es decir, una explicación de la conducta humana cerrada en el interior del individuo, hace que le ocurra lo mismo que al modelo psicométrico, realiza una argumentación circular al dar un nombre a determinadas manifestaciones de conducta, para más tarde utilizar ese nombre o entidad con carácter explicativo o causal de los mismos síntomas que le habían servido para inferir el nombre (Verdugo Alonso, 1994)

Ambos modelos de diagnóstico generaron las grandes clasificaciones psicológicas, las que han dado lugar a tareas como el *etiquetaje* de los sujetos, la formación de grupos homogéneos, la selección de individuos por su nivel aptitudinal y la comparación "objetiva" con otros miembros de la misma edad cronológica.

2. *Procesos funcionales/ Determinado por variables endógenas y exógenas*

Da lugar a posturas denominadas *psicogentistas*, como contraposición a las *organicistas*. Desde esta corriente se da una menor importancia a los procesos cerebrales, interesándose de una manera predominante por los mecanismos psicogenéticos que guardan relación fundamentalmente con el estudio de los problemas conflictivos mediante la comprensión histórica de la personalidad o de la individual vivencia existencial (Ajuriaguerra, 1991).

Desde esta teoría se presenta el desarrollo psíquico como una construcción progresiva que se produce por interacción entre el individuo y su medio ambiente. Se piensa en una verdadera génesis de la psique frente a la idea del desarrollo como realización progresiva de funciones predeterminadas.

La conducta deja de tener una mera explicación a través procesos internos únicamente de carácter orgánico, la conducta es también producto de otro tipo de procesos internos, donde las variables exógenas tienen mucho que decir. El ambiente es importante de cara a la configuración y determinación conductual. Las funciones intrapsíquicas del individuo quedan conformadas por una interacción genético-ambiental. La conducta es una expresión de determinados procesos o funciones internas, pero esas funciones o procesos internos no son meros productos de un evolucionismo o configuración orgánica individual, sino de un evolucionismo y organización funcional, producto de un complejo sistema de interacción individuo-ambiente.

Dentro de este amplio marco se han desarrollado diferentes líneas teóricas, entre las más destacadas encontramos:

El modelo dinámico, encauzada principalmente por el psicoanálisis. Los seguidores de esta teoría tratan de averiguar la estructura de la personalidad de los sujetos, cuya configuración queda determinada por la influencia del ambiente, sobre todo en edades tempranas. Esta estructura de la personalidad es una construcción teórica que apela esencialmente a la vida mental inconsciente. Los factores intapsíquicos constituyen las causas subyacentes de la conducta manifiesta, y tienen lugar en la mente bajo la forma de impulsos, deseos, motivos y conflictos. La evaluación y el tratamiento se centra en la actividad intrapsíquica, que no es directamente observable. Su método de evaluación es el *análisis*, siendo método de evaluación e intervención a la vez y el que permitirá llegar a la

comprensión del trastorno, y por tanto, a su curación. Las técnicas proyectivas siempre han estado asociada a este enfoque.

El modelo cognitivo, cuyo promotor y máximo representante fue Piaget. Se basa en un modelo de procesamiento de la información. Proporciona un riguroso y minucioso análisis de los procesos cognitivos, a la vez que considera al sujeto como un elemento activo en la búsqueda y elaboración de la información.

La gran diferencia entre el psicoanálisis, según Ajuriaguerra (1991), de Freud y la teoría que propone Piaget, radica en el enfoque particular de cada uno de abordar los procesos funcionales, Freud parte de un enfoque en el que predomina la afectividad y en Piaget predomina la inteligencia. Este predominio intelectual ha provocado una gran expansión de la teoría cognitiva en el terreno del estudio y diagnóstico de los procesos mentales, sobre todo de cara a su entrenamiento y posibilidades en el terreno educativo. Pero en los últimos años, existe cierta maduración del enfoque cognitivo entorno al estudio y evaluación de la personalidad, prueba de ello han sido las aportaciones de Ellis (1962) y Beck (1979).

El desarrollo queda definido por la forma en que la información es adquirida, almacenada y utilizada. El índice principal para medir el desarrollo son los cambios en los tipos particulares de operaciones intelectuales utilizadas para resolver problemas o adaptarse a demandas más complejas. Existe un orden invariable en los diferentes niveles de desarrollo, que se caracterizan por sistemas progresivamente más sofisticados de organizar, comprender y usar la información (Fuertes y Pedrosa, 1994).

La evaluación de la inteligencia desde el enfoque cognitivo ha permitido, o está permitiendo, superar y tapar muchas de las lagunas que la psicología psicométrica

había dejado. Al igual que los rasgos y dimensiones del modelo psicométrico, todas las funciones cognitivas son constructos a los que se les da entidad explicativa, pero ahora ya no se trata tanto de buscar resultados o productos, como de procesos, los procesos intelectuales. Las aportaciones de Feuerstein (1980) y su equipo para la *evaluación del potencial de aprendizaje*, 1979 y su método de entrenamiento educativo del enriquecimiento instrumental, 1980 han sido los procedimientos que han encontrado una mayor difusión.

La aportación más importante del nuevo método de diagnóstico o evaluación cognitiva es la presentación de una alternativa de *evaluación dinámica* frente a la evaluación estática tradicional que se ha basado en el enfoque psicométrico. Frente a la evaluación y diagnóstico tradicional donde sólo se mide lo que el sujeto ejecuta en términos de las habilidades adquiridas previamente, convirtiéndose en una mera constataadora de la situación, sin cuestionar qué elementos ambientales han fallado en proporcionar la mediación necesitada por el sujeto, la *evaluación dinámica* va más allá, se dirige a medir el potencial de aprendizaje de los sujetos, evaluando sus procesos deficitarios y los no deficitarios, la tradicional sólo mide los deficitarios, para establecer un programa de recuperación de las habilidades cognitivas necesarias para tener éxito educativo. Se modifica la interpretación de los resultados, enfatizando aspectos del proceso y no los resultados cuantitativos (Verdugo Alonso, 1994). Según Fuertes y Pedrosa (1994), Los objetivos de la evaluación o diagnóstico cognitivo están apareados directa y unívocamente con las actividades y el programa de intervención.

Por la trascendencia que este conjunto de teorías pertenecientes a la Psicología Genetista ha tenido sobre el conocimiento del desarrollo infantil durante los primeros años de la vida y, por tanto, por las implicaciones que tiene de cara a nuestro objetivo, abordaremos en un momento posterior, de forma más amplia y

detenida, las aportaciones específicas de Piaget, Wallon y Freud y sus seguidores, como los máximos representantes de las mismas, sobre el desarrollo durante la primera infancia.

b) El comportamiento humano como reflejo de los acontecimientos externos al sujeto/ determinado por variables exógenas

Antes de comenzar, diremos que la secuencia que hemos mantenido en la exposición de las distintas teorías no responde a un orden cronológico.

1. *Enfoque conductista*

Las teorías conductistas surgen antes de las cognitivas y después de las organicistas y dinámicas (psicoanálisis). El conductismo es una clara respuesta a una época donde había existido un claro predominio de los enfoques centrados en buscar una explicación de la conducta a partir de los factores internos al propio sujeto, donde las posturas genetistas, manteniendo el peso de la herencia en la configuración psicológica, habían mantenido cierta prevalencia.

Pese a la agrupación que se ha realizado de diversas teorías psicológicas bajo el título de teorías conductistas, hay que advertir un cierto peligro de esta agrupación, debido a la gran diversidad de modelos que se han generado bajo esta agrupación y a las grandes contradicciones existentes entre ellos. Pero todas ellas responden a una amplia evolución que tiene origen en el desarrollo de un modelo, llamado entonces conductual, en el que se parte de un concepto de conducta explicado desde el ambiente, y que va modificándose y enriqueciéndose con un progresivo avance hacia modelos menos radicales y más cercanos a la interacción, llegando incluso, en los momentos finales a confluir con las propias teorías cognitivas.

Su nacimiento, como ya hemos dicho, se caracterizó por una radical oposición a los planteamientos mayoritariamente sostenidos hasta entonces, que situaban la causalidad de la conducta en factores internos a la persona. Se rechazó el mismo objeto de estudio de la psicología que era la conciencia y toda la actividad intrapsíquica, para pasar a hablar de conducta observable y sus relaciones con el entorno por medio de los procesos de aprendizaje. Se plantea la especificidad situacional de la conducta, y por tanto, su dependencia de variables exógenas o ambientales. Encontramos así un desplazamiento del objeto de la evaluación desde las variables de la persona hacia las características conductuales relevantes del ambiente en el que sucede la conducta.

Aunque las raíces del conductismo se extienden hasta 1920, con las experimentaciones de Watson y los estudios de Skinner (1953) sobre la conducta humana, será a finales de los sesenta y durante la década de los setenta el momento de apogeo del enfoque conductual.

Skinner, uno de los representantes más significativos del modelo conductual más puro, dice que la mayor parte de su vida la ha dedicado: *Al estudio de la conducta y su relación con el medio por el método científico-experimental de las ciencias naturales (Skinner, 1975, 267)*. Algo que resume de forma muy clara el sustrato de la teoría a la que se debe.

Hersen (1988), señala tres antecedentes que posibilitaron el surgimiento de estas teorías:

1. La crisis de la evaluación tradicional caracterizada por la hipertrofia testológica.
2. Lo inadecuado del modelo médico y del diagnóstico psiquiátrico para considerar y explicar los trastornos psicológicos.

3. La emergencia de aplicaciones de los paradigmas de la psicología experimental en la práctica clínica

Los enfoques más conocidos y que aglutinan a un mayor número de seguidores, tanto en el terreno de la investigación como en el campo aplicado, contando que el desarrollo de distintos modelos de evaluación conductual ha estado relacionado con la existencia de distintas teorías de aprendizaje, así como con el grado de admisión de las variables cognitivas del individuo, son cuatro: el *modelo operante* (Skinner, 1987; Azrin, 1976-1977; Bijou, 1978; Baer, 1980-1981; Catania, 1982-1983), el *modelo del condicionamiento clásico* (Pavlov, 1968; Wolpe, 1989; Eysenck y Martin, 1987), el *modelo del aprendizaje social* (Bandura, 1977) y el *modelo de la modificación de conducta-cognitiva* (Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977; Cautela, 1978; Spivack, Platt y Shure, 1976).

La evaluación y diagnóstico conductual comienza a surgir con fuerza; su definición la propone Nelson y Jarrett (1986): *Evaluación conductual es la identificación de unidades de respuesta significativas y sus variables controladoras con el propósito de comprender y alterar la conducta* (Nelson y Jarrett, 1986, 446).

Maciá y Méndez (1988) proponen 12 características comunes a todos los enfoques encuadrados bajo el modelo de diagnóstico conductual:

1. La evaluación y modificación de conducta se basa en los principios teóricos establecidos por la psicología experimental, y particularmente por la psicología del aprendizaje.
2. La conducta anormal no se considera cualitativamente distinta a la normal, sino que son los mismos principios de aprendizaje en el contexto social los que la explican.

3. La mayor parte de la conducta puede modificarse mediante la aplicación de los principios psicológicos, sobre todo los del aprendizaje.
4. La evaluación y modificación de conducta se centra en conductas específicas, y no en causas subyacentes hipotéticas.
5. Se enfatiza el carácter mensurable, medible o evaluable de la conducta; que es el objeto de evaluación e intervención. La conducta no se limita a los aspectos externos, dando cabida a los aspectos encubiertos.
6. El método científico-experimental es el indicado para la investigación sobre la conducta, así como para proceder a su evaluación y modificación.
7. La evaluación y la intervención están ligadas estrechamente. La evaluación no se restringe únicamente a describir y explicar la conducta del individuo, sino que también participa en su modificación.
8. La evaluación es continua, centrándose en identificar las condiciones que controlan la conducta-problema. Los determinantes actuales de la conducta, y no los del pasado, son los que interesan.
9. La evaluación se basa en datos objetivos y exactos, que se presentan de manera cuantitativa, y se recogen preferentemente en la situación natural.
10. El proceso, los objetos y los métodos de evaluación e intervención han de especificarse con precisión, para permitir la replicación.
11. Con la evaluación conductual obtenemos una descripción precisa y objetiva del problema, adaptando así los procedimientos de intervención al caso único de manera que elaboremos un plan concreto de intervención.
12. Se valora la eficacia de la intervención de acuerdo con los cambios objetivos producidos en la conducta y su mantenimiento temporal, así como subrayando su generalización a la vida del sujeto.

Desde esta teoría o modelo conductual, el desarrollo del niño se contempla como un desarrollo conductual influido o determinado por las consecuencias del ambiente. El desarrollo es definido como una acumulación de conductas

aprendidas. El cambio, como consecuencia del aprendizaje, es medido en términos del número de conductas que han sido aprendidas en un período determinado de tiempo.

El sistema de medida del desarrollo se basa fundamentalmente en la observación directa de la conducta. Las escalas elaboradas se realizan con referencia al criterio y no a la norma. No se compara al niño con otros de su edad sino consigo mismo. De esta forma, el progreso depende de las nuevas habilidades conseguidas desde un momento A (línea base) a un momento B (después de la intervención)/
(Verdugo Alonso, 1994)

c) Hacia una explicación del comportamiento humano desde un enfoque integrador

A través de esta breve historia sobre los planteamientos teóricos más significativos de la psicología y sus aportaciones al campo del desarrollo infantil, especialmente al del diagnóstico y evaluación, lugar en el que nos ubicamos en este punto, hemos podido comprobar cómo se ha ido pasando de una teoría a otra totalmente contraria a la anterior y, finalmente, ha prevalecido una tendencia hacia la integración de todas ellas, recogiendo lo más importante y válido de cada una. De un peso de la herencia en la explicación conductual, se pasa a un argumento puramente ambiental, terminando en una tendencia de carácter integrador, donde la interacción herencia-medio adquiere todo su protagonismo. La teoría cognitiva se ha presentado como la gran alternativa durante los últimos años, ya que ha sido esta corriente la que mayor énfasis ha puesto en este postulado integrador. En el siguiente cuadro queda representado de forma gráfica este recorrido histórico (*Gráfica 23*)

Pese a la importancia y predominio que en nuestra actualidad tiene el *cognitivismo*, tanto en el campo de aplicación del diagnóstico y evaluación, como en el de la intervención psicopedagógica y educativa, hay que señalar algunas limitaciones que esta corriente

teórica tiene en el terreno práctico, como incluso, tal y como se reclama por algunos colectivos, en sus propios planteamientos teóricos:

1) El usuario del modelo colectivo debe dirigirse a evaluar y provocar procesos internos tan complejos como las actividades de selección, elaboración, transformación y recuperación de la información. Esta complejidad ha llevado a mantener un proceso lento en su consecución, dando pie a diversas críticas como la que Martorell (1987) realiza sobre las pocas garantías científicas (fiabilidad y validez) de los procedimientos de evaluación utilizados, o la de Zaccagnini y Delcalaux (1982) sobre no tener en cuenta la motivación, los afectos y el funcionamiento social.

El desarrollo del procesamiento de la información muy dependiente del análisis de las tareas experimentales tipo laboratorio, a fin de guardar el rigor exigido por la psicología experimental, ha olvidado prestar importancia a la validez social y ecológica de sus esfuerzos. Por otro lado, el acceso a los procesos internos de las personas no es una tarea fácil de objetivar, y los procedimientos han estado basados en autoinformes de las propias personas a evaluar, con todos los problemas de recogida de información e interpretación de los datos que tal tarea conlleva (Verdugo Alonso, 1994, 57)

El camino que conduce a la mejora de la inteligencia no ha hecho más que comenzar y sus frutos probablemente tardarán años en manifestarse. El enfoque psicométrico, aunque limitado en su concepción de la inteligencia, basada casi exclusivamente en los resultados, consiguió, en gran parte procediendo por ensayo-error, elaborar un conjunto de instrumentos tras los cuales había un notable vacío o una notable confusión conceptual, pero que conseguían los fines para los que habían sido diseñados (clasificar). El enfoque cognitivo, mucho más rico desde el punto de vista teórico, debe afrontar ahora el reto de su operativización más allá de los diseños de laboratorio (Burgaleta, 1989, 11)

A partir de este contexto teórico concreto emerge:

1ª FASE

¿Cuál es la conducta humana?/ DESCRIPCIÓN a partir de la observación del comportamiento humano

2ª FASE

¿A qué responde dicha manifestación conductual?

Planteamiento de Hipótesis a dicha cuestión

EXPLICACIÓN Y COMPRENSIÓN

Surge la **TEORÍA Psicológica**

TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

1ª FASE

¿Cuál es la conducta humana durante los primeros años de la vida?, ¿cómo va sucediéndose y evolucionando?, ¿cuáles son los cambios conductuales percibidos en el paso del tiempo?/ DESCRIPCIÓN a partir de la observación del comportamiento humano durante los primeros años

2ª FASE

¿A qué responde este cambio y evolución conductual?

Planteamiento de Hipótesis a dicha cuestión

EXPLICACIÓN Y COMPRENSIÓN del desarrollo psicológico

Surge la **TEORÍA del Desarrollo**

2) En esta misma línea de críticas planteadas en el terreno práctico, se siguen algunas en sus propios planteamientos teóricos.

El cognitivismo centra especialmente su atención en los procesos internos que tienen lugar en interior del individuo, fundamentalmente en los procesos cognitivos, intelectuales. Esta atención tan centralizada que, pese a buscar la influencia del medio sobre los mismos, partiendo del principio de interacción, a veces olvida estudiar de forma más intensa este ambiente, y la relativa importancia que tiene en la globalidad del sujeto. El ambiente es estudiado o abordado, fundamentalmente, desde una perspectiva limitada y reducida; el ambiente como los eventos o estímulos circunstanciales que surgen entorno al individuo, pero no desde su globalidad o elemento contextual de la propia conducta del individuo.

Esta situación provoca el desarrollo, en los últimos años, de unos modelos integradores con aspiraciones mucho más ambiciosas en la conquista, explicación y comprensión mucho más profunda, del ambiente en todas sus dimensiones. Estos modelos parten de un enfoque bio-psico-social. Son modelos muy variados que todavía se encuentran en plena evolución, y de alguna manera, no son más que la continuación o extensión de los modelos anteriormente expuestos.

Las características más comunes a todos ellos, según Verdugo Alonso (1994), son: su fundamentación interactiva, su énfasis en los aspectos contextuales o ambientales, su carácter comunitario y su finalidad integradora. Su planteamiento pretende tener en cuenta todas las facetas del individuo (individual, interpersonal, situacional, contextual) desde una intención integradora. Estos autores prefieren hablar de modelo ecológico, evaluación ambiental, evaluación contextual, modelo comunitario, entre otras denominaciones.

1. *El enfoque ambiental o ecológico*

Cuenta con un claro antecedente: la preocupación que ya Lewis, K. (1969) demostró por la contextualización de la conducta. Se constituye como el principal motor impulsor de este enfoque.

Se pretende, básicamente, medir las dimensiones del ambiente o entorno y su incidencia sobre la conducta.

Esta preocupación por las variables del ambiente no implica que se haya descuidado otro tipo de variables como las personales u orgánicas, pero en los enfoques situados en torno a la psicología ambiental lo que destaca es que suelen situar a las variables conductuales en dependencia de las ambientales. Según el modelo ecológico, el análisis de la conducta requiere un análisis de los distintos niveles del ecosistema en que se encuentra inmerso el sujeto (**Bronfenbrenner, 1977**). Ese ecosistema tiene niveles diversos como es el individual, las relaciones familiares, las relaciones didácticas, la red social y cultural, y otros. Todos los niveles interaccionan, y es precisamente su interacción o sus interdependencias el objeto de estudio.

Se busca una evaluación de los sujetos dentro de su contexto natural, además de una evaluación del contexto en sí y una evaluación de las intervenciones, o también llamada de programas (**Fernández Ballesteros, 1987**)

Dentro de este enfoque no podemos olvidar la importante aportación que Bronfenbrenner realiza en el campo del desarrollo infantil, desde su primera publicación en 1951 hasta una de sus últimas y más significativa por la recopilación de todo su pensamiento en 1979, *La Ecología del desarrollo Humano*.

2. El enfoque comunitario

Este enfoque o modelo ha sido expuesto detenidamente en diferentes publicaciones: Blanco, 1987; Carrobles, 1985; Costa y López, 1982 1986; *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1987; Lowenthal y Blanco, 1985; Pelechano, 1979, 1980.

Al igual que sucedía en los enfoques ambientalistas o ecológicos que vimos anteriormente, y con los que mantiene gran interrelación, una de las preocupaciones de este enfoque es la consideración de la conducta en su contexto. De nuevo se plantea la importancia en los trastornos del ambiente a sus diferentes niveles, y su incidencia en los trastornos del comportamiento y adaptación de los sujetos. La intervención debe producirse en el entorno natural de la persona, del modo más rápido y concreto posible, por lo cual la evaluación debe tener en cuenta las distintas situaciones de ese entorno (familia, comunidad, ámbito profesional, amigos), y los diferentes requerimientos sobre la conducta del sujeto.

La concepción de trabajo en equipo de profesionales cambia totalmente, planteándose desde una composición multiprofesional una evaluación e intervención interdisciplinarias.

Son los enfoques comunitarios los que analizan el alto costo de las intervenciones de tipo curativo usuales en la atención en la salud mental, y plantea el incremento de la *prevención*. Las intervenciones no se dirigen a detectar dolencias y remediarlas sino a desarrollar acciones preventivas y de promoción de la salud.

La relación más directa e individualizada de los técnicos especialistas con los sujetos, abordada en su propio ambiente, y realizada por equipos

multiprofesionales, son tres de los aspectos clave que definen el enfoque comunitario (Verdugo Alonso, 1994)

Resulta difícil conocer la psicología o patología del niño, e incluso aplicarle una terapéutica determinada, si el especialista desconoce el ambiente plagado de conflictos en que vive el niño, la sociedad en que se desarrolla y los problemas psicológicos de los padres, que pueden contribuir tanto a su formación como a su deformación (Ajuriaguerra, 1991, 5)

Como vemos, la evolución ha ido enriqueciendo progresivamente el conocimiento de las funciones psicológicas, así como la constitución y desarrollo de las mismas. Existe en el momento presente unas tendencias claramente apuntadas hacia posiciones interaccionistas y ambientalistas en la concepción de individuo, las que afectan directamente tanto a la evaluación y diagnóstico como a la propia intervención; con una clara tendencia hacia modelos integradores de la evaluación e intervención, intentando retomar las aportaciones más válidas de los tradicionales modelos teóricos, así como incorporar los nuevos logros encontrados en el avance de la investigación en este campo.

Todo queda abierto a la mejora y remodelación, esta evolución y enriquecimiento tiene que continuar, todavía hay muchas lagunas que cubrir. Pero no sólo hay que esperar un avance en los estudios teóricos emprendidos, sino, más bien, unos resultados de la práctica llevada a cabo bajo estos principios.

Hablar o fundamentar, desde el campo psicológico, la detección, diagnóstico y pronóstico del desarrollo en los primeros años, nos obliga a recurrir a todo este cuerpo teórico; hablar y fundamentar las posibilidades de la intervención en edades tempranas, nos volverá a obligar a recurrir a este campo teórico; y hablar y fundamentar una intervención eficaz y con calidad durante los primeros años de vida frente a una

población con deficiencia documentada o alto riesgo frente a la misma, una vez más, nos volverá a obligar a recurrir a ello.

- Aportación específica de la Psicología Genetista de carácter funcionalista al conocimiento del desarrollo infantil -

Tal y como propusimos, vamos a pasar a analizar más detenidamente lo que la Psicología genetista, de carácter fundamentalmente funcionalista, en manos de Piaget, Wallon y Freud y sus seguidores, tiene que decir, de forma más concreta, sobre el desarrollo del niño. Las aportaciones que estas teorías han realizado en este campo, y su vigencia actual, nos obligan a ello.

Ajuriaguerra (1991) propone tres grandes teorías de la psicología genética como las más destacables por su contribución en la explicación y comprensión del desarrollo infantil. Se trata de la teoría cognitiva de Piaget, la teoría psicobiológica de Wallon y las teorías psicoanalíticas, continuadoras de la escuela de Freud.

La psicología infantil se enriquece con una psicología genética, que tiene en cuenta las posibilidades del niño en cada etapa de su evolución, con una psicología operativa que trata de conocer las diversas etapas del niño en su evolución y sucesión, sin perder de vista las relaciones organismo-medio (Ajuriaguerra, 1991, 7)

Cada una de estas teorías trata de abordar la función humana en su conjunto, intentando definir los distintos niveles funcionales a través de los **estadios** de desarrollo que de forma secuencial van sucediéndose en la configuración funcional del individuo: ¿qué operaciones mentales, si estamos en la función cognitiva, o emocionales, si tratamos la función afectiva, van sucediéndose durante todo el proceso evolutivo de una de estas funciones?, ¿cómo se explica la configuración funcional del sujeto?.

Los estadios tienen un objetivo operacional, con vistas a profundizar el conocimiento del modo organizativo del niño y la nuevas formas que toman sus diversos comportamientos durante la

evolución. El estadio no tiene una base cronológica, sino que se basa en una sucesión funcional (Ajuriaguerra, 1991, 21)

La teoría de Piaget se interesa por la evolución y la organización formal de las funciones humanas, mientras que Freud y Wallon estudian fundamentalmente la dinámica de dicha evolución funcional; de ahí le proviene el nombre de a la teoría de Wallon de *psicobiológica*.

a) La Teoría de Piaget (1972, 1973, 1981, 1989)

Desde esta teoría se estudia fundamentalmente la operación intelectual a lo largo de las diversas asimilaciones que el niño va realizando de su mundo.

En el estudio el desarrollo cognitivo, principal objetivo de esta corriente teórica, se da gran importancia a la *adaptación* que, siendo característica de todo ser vivo, según su grado de desarrollo, tendrá diversas formas y estructuras. En el proceso de adaptación hay que considerar dos aspectos, opuestos y complementarios a un tiempo: la *asimilación* o integración de lo meramente externo a las propias estructuras de la persona y la *acomodación* o transformación de las propias estructuras en función de los cambios del medio exterior.

Se introduce el concepto de *equilibración* para explicar el mecanismo regulador entre el ser humano y su medio. Se considera la adaptación mental como prolongación de la adaptación biológica, siendo una forma de equilibrio superior. Los continuos intercambios entre el ser humano y su medio adoptan formas progresivamente más complejas.

Esta idea, que inicialmente sirve para caracterizar un aspecto capital del desarrollo cognitivo, es aplicable a los aspectos afectivos y sociales de la evolución del niño.

Los distintos estadios del desarrollo según esta teoría son:

1º *Periodo sensoriomotriz*: Desde el nacimiento hasta los 2 años. Anterior al lenguaje y al pensamiento propiamente dicho.

2º *Periodo preoperatorio*: Desde los 2 a los 6 años. Junto a la posibilidad de representaciones elementales (acciones y percepciones coordinadas interiormente), y gracias al lenguaje, asistimos a un progreso tanto en el pensamiento del niño como en el de su comportamiento.

3º *Periodo de las operaciones concretas*: Desde los 7 a los 11 años. Gran avance en cuanto a socialización y objetivación del pensamiento.

4º *Periodo de las operaciones formales*: La adolescencia. Aparece el pensamiento formal y permitiendo establecer nuevas relaciones sociales.

b) La Teoría de Wallon (1972, 1974, 1976, 1987)

Esta teoría, frente a la de Piaget, parte del desarrollo emocional y la socialización del individuo para llegar a la explicación o comprensión de la función intelectual.

Se insiste en el primer desarrollo neuromotor y especialmente en la función postural que por sí sola ofrecerá posibilidades de reacciones orientadas (tras las respuestas puramente reflejas del recién nacido).

Adquiere un valor funcional privilegiado la *emoción*, porque inicialmente está provocada por impresiones posturales y porque es base al mismo tiempo de la postura (gestos mímica) que emplea a su vez para expresarse. Las reacciones *tónico-emocionales* son los primeros indicios del desarrollo psíquico en la medida en que inicialmente son las primeras reacciones psicológicas.

La emoción sería el intermedio genético entre el nivel fisiológico con sólo respuestas reflejas y el nivel psicológico que permite al hombre adaptarse progresivamente al mundo exterior que va descubriendo.

Para esta teoría, el primer mundo exterior para el niño sería el mundo humano del que recibe todo. El niño puede dar muestras de bienestar o de malestar, ambas emociones puramente primitivas van encaminadas a la discriminación del mundo exterior, puesto que estas emociones van unidas a la acción del mundo humano con el niño

Los distintos estadios del desarrollo según esta teoría son:

1º *Estadio Impulsivo puro*: Desde el nacimiento hasta los 3 meses. Se caracteriza por respuestas motoras a diferentes estímulos en forma de respuesta refleja. Es la forma más degradada de la actividad, es la que posteriormente se da cuando queda abolido el control superior.

2º *Estadio emocional*: Desde los 3 a los 9 meses. Se da la aparición de las primeras muestras de orientación hacia el mundo del hombre. Es el estadio de la simbiosis afectiva.

3º *Estadio sensitivomotor o sensoriomotor*: Desde los 9 meses a los 18 meses. El niño se orienta hacia intereses objetivos y descubrirá realmente el mundo de los objetos

4º *Estadio proyectivo*: Desde los 18 meses a los 2 años y medio. La acción, en lugar de ser, como será más tarde, simplemente ejecutante, es estimuladora de la actividad mental, o conciencia.

5º *Estadio del personalismo*: Desde los 3 a los 6 años. El niño comienza a reconocer su propia personalidad como independiente de las situaciones.

6º *Estadio del pensamiento categorial*: Desde los 6 a los 11 años.

7ª *Estadio de la adolescencia*: Acceso, intelectualmente hablando, a los valores sociales y morales abstractos.

c) La Teoría Psicoanalítica

Describe la sucesión y encadenamiento de los diversos estadios instintivos. El psicoanálisis ha intentado valorar, en el funcionamiento de la psique, la importancia del

inconsciente, y especialmente la de los *impulsos* instintivos, elaborando una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes.

Propone tres sistemas de la personalidad:

1. El sistema del Ello
2. El sistema del Ego
3. El sistema del Superego

Y cuatro estadios:

- 1° *Fase Oral*: Desde el nacimiento hasta los 2 años.
- 2° *Fase Anal*: Desde los 2 a los 4 años.
- 3° *Fase Genital*: A partir de los 3 o cuatro años.

La teoría psicoanalítica ha contribuido poderosamente al conocimiento de la primera etapa del desarrollo, el desarrollo que tiene lugar durante el primer año de la vida del niño, prueba de ello son las relevantes aportaciones de autores como Spitz, 1990; Klein, 1966; Winnicott, 1970; Bowlby, 1969 y Freud, A., 1965 como las más destacables.

Para el psicoanálisis existen tres grandes acontecimientos durante este primer año de vida del niño:

1° *El desarrollo prenatal*

Donde según esta teoría, el niño, al nacer, es un organismo psicobiológicamente indiferenciado que durante este período no tiene propiamente conciencia. Durante la vida intrauterina, la madre no es un objeto para el feto, en este momento para él no existe objeto alguno. La constitución, las experiencias prenatales, y la situación inmediatamente posterior al nacimiento contribuyen a crear una preangustia, esquema de conducta que será utilizado en las auténticas manifestaciones de angustia posterior.

2º Los cambios neonatales

El paso de la vida amniótica a la vida aerobia constituye una importante transformación desde el punto de vista biológico; el corte del cordón umbilical no es un simple fenómeno simbólico, sino que implica una modificación en el campo de la organización fisiológica del recién nacido. Otto Rank (1928), admitiendo que el nacimiento es un profundo choque, tanto en el plano fisiológico como en el psicológico, consideraba que el tratamiento del nacimiento crea una reserva de angustia, y que toda angustia posterior tiene sus raíces en la angustia del momento de nacer. La angustia es una energía casi mensurable. Para Freud, (1948-68), el nacimiento tiene algo que ver con la ansiedad.

3º La estructuración mental durante el primer año

Los nuevos métodos de observación a partir de las bases psicoanalíticas han abierto una nueva vía, no sólo al problema terapéutico que existe, sino también a una forma más profunda de concebir las hipótesis sobre el desarrollo del niño, las cuales se basaban, hasta entonces, en métodos de reconstrucción a partir del análisis del adulto. Estas investigaciones confirmaron la importancia de las organizaciones precoces y pusieron de manifiesto la importancia de las organizaciones precoces y pusieron de manifiesto la importancia que debería otorgarse, en esta organización, a la angustia, a la relación de objetos, a los fantasmas precoces.....

En numerosos trabajos se ha puesto de manifiesto la importancia, no sólo de las necesidades nutritivas en cuanto a tales, sino también a las interacciones entre el lactante y el medio ambiente en el campo del maternizaje y de la antigua noción de *diada*, es decir, del grupo madre-hijo en los que los primeros lineamientos se encuentran en el denominado

pareja de amamantamiento (Ajuriaguerra, 1991). Pero todo ello, será tratado con mayor profundidad en el apartado siguiente.

B. El Desarrollo psicológico de los primeros años/ Las pautas de normalidad y anormalidad/ Examen y diagnóstico del desarrollo

Las teorías del desarrollo, sobre las que hemos dedicada gran parte del punto anterior, han sido fruto de una intensa labor descriptiva del desarrollo infantil. El conocimiento de las distintas etapas o secuencias cronológicas del desarrollo por las que pasa el niño durante sus primeros años han sido el mecanismo impulsor de dos grandes líneas de trabajo, que, aunque distintas, tal y como señalábamos al principio, son complementarias:

- 1) A partir de una fase inicial de descripción: ¿cuáles son las conductas que secuencialmente va presentando el niño a lo largo de todo el período de desarrollo?, ¿cuáles suelen ser las conductas normales durante cada una de las etapas cronológicas por las que va pasando el niño desde su nacimiento?, se puede pasar a una fase posterior de explicación y comprensión de dicha manifestación conductual atendiendo a la funcionalidad implicada en cada una de estas manifestaciones, ¿cuál es el proceso de configuración de cada una de las funciones psicológicas?, damos a sí pie a la creación de distintas teorías del desarrollo, las que en un momento determinado pueden predominar, o declinar, teniendo que ser reformadas, modeladas o sustituidas.
- 2) Pero también, a partir de esta descripción conductual podemos llegar a establecer los criterios de normalidad o anormalidad en función de la distancia o desviación de una determinada conducta o conductas en un momento concreto del desarrollo del niño, es decir, podemos llegar a establecer una detección de la anormalidad y un posterior diagnóstico psicológico.

A partir de esta descripción encontramos la base de las llamadas *escalas o pruebas diagnósticas del desarrollo*, como instrumentos básicos para dicha detección o diagnóstico del desarrollo.

Por tanto, las escalas de desarrollo nos van a permitir la evaluación y el cálculo de la evolución psicológica seguida por un individuo en un momento determinado, pudiéndose así establecer la normalidad o anormalidad de dicha evolución.

Las escalas nos dan el valor estadístico que permite medir en el niño, con una relativa precisión, el nivel de desarrollo alcanzado o, por el contrario, el retraso. Nos ofrece un orden cronológico, por lo que no pueden confundirse con los *estadios*, los que, como veíamos, intentar definir niveles funcionales, no parten de una base cronológica como las escalas. Las escalas son principalmente descriptivas, no tienen como objetivo la explicación y comprensión del desarrollo (Ajuriaguerra, 1991)

El origen de las escalas de desarrollo lo encontramos en antiguos escritos que diversos autores fueron realizando y recopilando, en forma de diario, sobre lo que observaban de sus propios hijos. Como las más destacables históricamente tenemos las observaciones de Tiedmann (1748-1803)³, siendo el primero que utilizó la técnica sistemática de observación; las de Darwin en 1877; las de Strümbell en 1880; la de Shinn en 1893. Pero fue las de Preyer en 1892, a través de la publicación del libro *El alma del niño*, las que tuvieron una gran repercusión en el terreno de la observación del niño como medio para el diagnóstico del desarrollo. Pero, no podemos olvidar que para el diagnóstico del desarrollo resultaron particularmente importantes las observaciones que hizo Stern. Estas

³ *Observaciones sobre el desarrollo de las capacidades psíquicas de los niños*, 1787

observaciones fueron el fundamento de la obra más importante de principios de nuestro siglo sobre el desarrollo psicológico: *La psicología de la temprana edad* (Stern, 1914)

Con las descripciones de la conducta infantil en forma de diario todavía no se puede hablar de un diagnóstico del desarrollo; sin embargo ya puede utilizarse esta expresión en el momento que Binet y Simon da el decisivo impulso a la psicología de los test en 1905. Los cálculos basados en coeficientes intelectuales fueron introducidos por Stern en 1911; los adelantos o retrasos de un niño ya no se expresaban en meses y años, sino mediante el *Cociente Intelectual*. En 1932 Bühler y Hetzer crearon el test que lleva su nombre en el que introdujeron un cambio importante en la forma de estimar el desarrollo, introdujeron el *Cociente de Desarrollo*, similar al cociente de inteligencia, pretendiendo expresar el grado de desarrollo global del niño. Este modelo ha ido perfeccionándose cada vez más hasta nuestros días, en él se basan la mayoría de los tests de desarrollo psicológico (Hellbrügge, 1980)

En 1931, Shirley escribió un estudio muy detallado sobre 25 niños durante los 2 primeros años de vida. Queda atrás las experiencias basadas en la observación de los propios hijos en forma de diarios, dando paso a una labor mucho más científica. A partir de aquí la sucesión de pruebas o escalas de desarrollo es muy intensa. Prueba de ello ha sido la gran proliferación que hubo a partir de las clásicas escalas de Bühler y Hetzer (1932), en el contexto alemán y las de Gesell y Amatruda (1925), en el contexto anglosajón; a las que siguieron, entre las más destacables, las de:

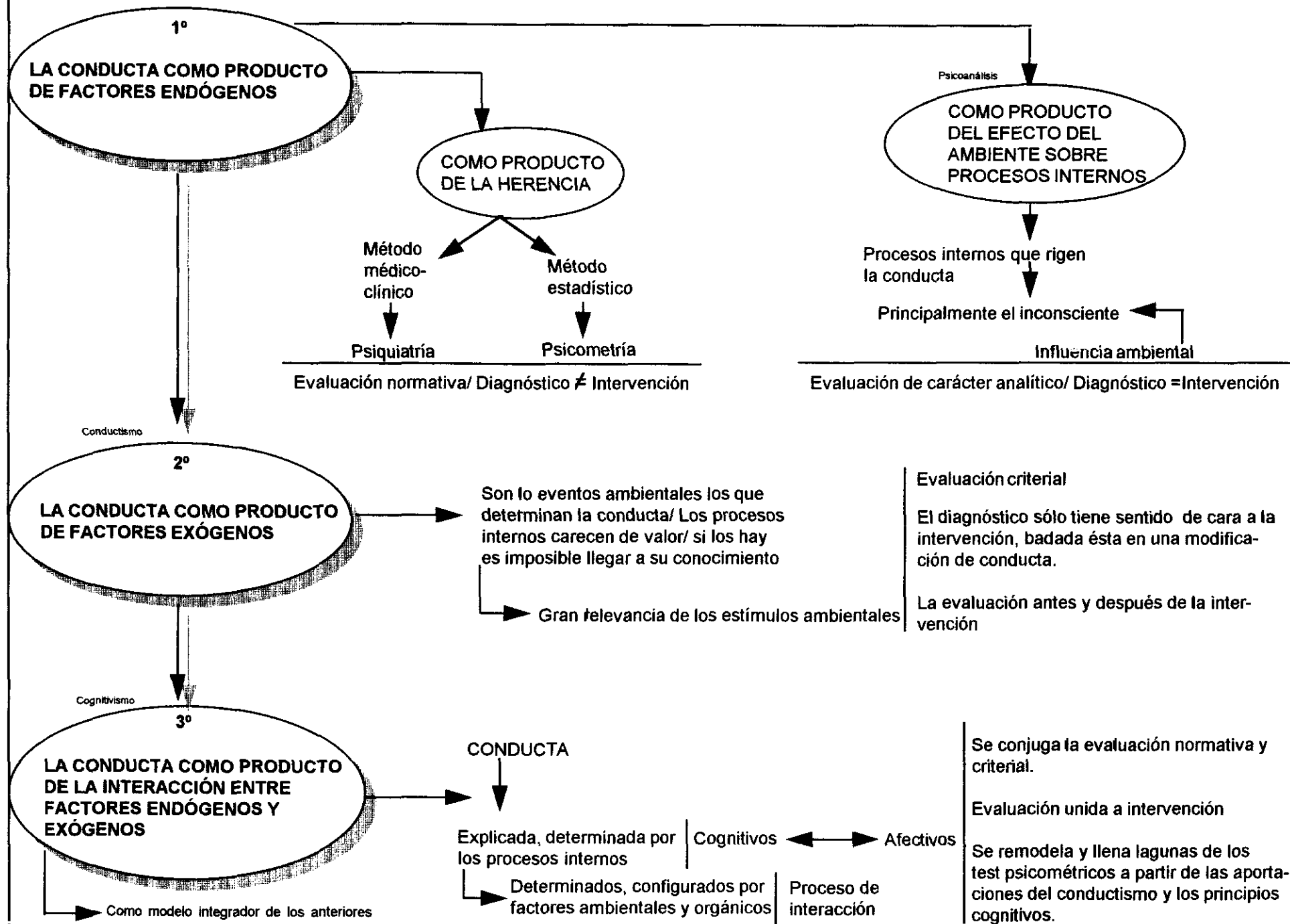
- Brunet y Lezine/ *Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia* (1951)
- Griffiths/ *Escala de Desarrollo Mental* (1954)
- Frankenburg y Dodds/ *Escala de Denver* (1967)
- Bayley/ *Escala de Desarrollo Infantil* (1969)
- Hellbürgge/ *Método de Munich* (1970)
- Brazelton/ *Escala de Evolución Conductual Neonatal* (1973)

- Uzgis y Hunt, (1975);
- Bluma/ *Guía Portage* (1978)
- Brigance (1978);
- Secadas/ *Escala Observacional del Desarrollo* (1988)
- Newborg/ *Escala de Battelle* (1989)
- Bagnato y Neisworth, (1990)
- *Escala Haizea-Llevant* (1991)
- Fuertes, Sánchez y Pérez (1992)
- Johnson-Martin, Jens y Attermeier/ *Curriculum Carolina* (1994)

En la gráfica 24 tenemos de forma esquemática el procedimiento que se ha seguido, casi de forma unánime, en la elaboración de las escalas de desarrollo.

Por un lado tenemos dos grandes funciones o dimensiones psicológicas propias de todo ser humano adulto, la cognitiva y la afectiva. Ambas crecen, se desarrollan y configuran en constante interacción e interdependencia, el hombre, pese a contar con dos grandes dimensiones psicológicas, no es una dualidad sino una unidad, pero su estudio obliga, de alguna manera, a diferenciar una de otra, única posibilidad de análisis descriptivo; pero sólo volviendo a su conexión y explicación conjunta, podremos llegar a una verdadera explicación y comprensión del fenómeno psicológico en el hombre.

Conocer cómo se constituye o qué pasos secuenciales sigue el niño durante su desarrollo para llegar a la configuración de estas dos grandes funciones o dimensiones psicológicas, nos obliga a afinar todavía un poco más, a hacer una división y distinción mucho más amplia de la funcionalidad psicológica del niño. En el cuadro presenciamos una división en cuatro grandes áreas del desarrollo: psicomotora, socioafectiva, cognitiva y lingüística. La división en estas cuatro áreas del desarrollo es algo bastante consensuado por los distintos autores, con mayores o menores coincidencias terminológicas.

¿CÓMO QUEDA EXPLICADA LA CONDUCTA HUMANA?

Gessel (1925) es el primero en dividir el desarrollo en cuatro grandes áreas conductuales: La *conducta motora*, la *conducta adaptativa*, la *conducta verbal*, la *conducta social*. División que, como ya hemos dicho, con mayor o menor coincidencia terminológica, va a servir de base al resto de divisiones propuestas por los distintos autores. Por ejemplo, Frankenburg y Dodds (1967) en el test de Denver, dividen el desarrollo en las áreas de *motilidad grosera*, *motilidad fina y adaptación*, *lenguaje y contacto social*, y Brunet Lezine (1988), cuyas escalas de desarrollo psicológico son una de las más comúnmente utilizadas en nuestro país durante la primera infancia, divide el desarrollo en el área *psicomotora*, *lingüística*, *cognitiva* y *social*.

Bajo cada una de estas áreas queda recogido una serie de conductas acordes a las distintas edades del niño. La ausencia de determinadas conductas, que se consideran normal en un momento dado, nos previene ante una posible alteración en el área concreta donde se encuentra comprendida. Una alteración general conductual puede indicar una alteración global del desarrollo, pero lo importante no es sólo la presencia de un signo de anomalía general a través de un determinado Coeficiente de Desarrollo, sino la posibilidad de poder detectar en qué área se encuentra el desajuste mayor. Ello ayudará no sólo al diagnóstico y pronóstico, sino a encauzar la *propia intervención*.

La mayoría de escalas de desarrollo permiten la estimación global del desarrollo, por un lado, a través de un C.D. global, y la estimación de desarrollo específico en cada una de las áreas, por otro; lo que proporciona un perfil individual del niño. Este *perfil individual* constituye un elemento muy valioso en el seguimiento longitudinal de un niño, nos permite ver de una forma rápida y sencilla la evolución del niño a través de una comparación de las áreas de desarrollo (Brunet y Lezine 1951; Hellbürgge/ *Método de Munich*, 1970)

El perfil de desarrollo pone de manifiesto los puntos donde la lesión o el trastorno es más grave, es decir aquellos campos a lo que hay que dirigir preferentemente el tratamiento. La

edad de desarrollo señala el nivel que ha de tomar como objetivo la terapéutica en el campo correspondiente (Hellbrügge, 1980, 202)

Pero el tipo de instrumentos generados hasta el momento no han sido de la misma naturaleza, debido fundamentalmente a que no siempre han tenido implícita una misma finalidad. Los instrumentos de medida, a lo largo de su historia, han sido muy susceptibles a la influencia de las distintas teorías del desarrollo.

En los inicios de su creación, coincidiendo con la explosión de la corriente psicométrica y cierto predominio de las teorías donde la conducta era prácticamente explicada por factores hereditarios, basadas en principios maduracionistas, las escalas o pruebas de diagnóstico del desarrollo surgen con una clara intención de clasificación y selección. El diagnóstico se basa en una catalogación y asignación terminológica sin más, la intervención apenas tenía relevancia.

Lo importante es *detectar* para catalogar y asignar el puesto específico en la sociedad. Lógicamente, las pruebas aparecen con un fuerte carácter normativo ¿qué se distancia o aleja del grupo normativo?. Entre las más importantes que han seguido esta línea cabe destacar, las de Gesell y Amatruda, 1925; Brunet y Lezine, 1951; Griffiths, 1954; Bayley, 1960; Frankenburg y Dodds/ *Escala de Denver*, 1967; Hellbürgge/ *Método de Munich*, 1970 entre otras. Todas ellas han procurado progresivamente mejorar el conocimiento de las pautas de desarrollo normal del niño, con el fin de poder detectar, cada vez con más precisión, cualquier signo de alarma significativo de cara a una anomalía o patología.

Pero la evolución hacia teorías ambientalistas (el conductismo), interaccionistas centrados principalmente en el estudio de los procesos internos (el cognitivismo), interaccionistas centrados principalmente en el estudio de los procesos ambientales, (el ambientalismo ecológico o comunitario), han cambiado inevitablemente la finalidad de la detección de la anormalidad, transformando así la finalidad diagnóstica. El diagnóstico se

pone al servicio de la intervención, sobre todo y de forma primordial, durante los primeros años de la vida, donde la intervención adquiere todo su protagonismo.

Surge una preocupación por realizar pruebas que orienten y guíen la intervención y no sólo detecten una anomalía. El diagnóstico y la evaluación comienza a ser un elemento básico en la intervención. Comienza a relegarse las pruebas de carácter normativo tradicional dando paso a las de carácter criterial, y no sólo eso, comienza a estudiarse el desarrollo ya no sólo de los niños "normales", sino el de determinados grupos de población con una anomalía común, lo que servirá de base a la creación de pruebas específicas para determinados grupos con un déficit similar, ofreciendo así una forma más eficaz de controlar su desarrollo que comparándolos o midiéndolos respecto a la población "normal".

Las pruebas más características dentro de esta nueva línea diagnóstica son las de Uzgis y Hunt, 1975; Bluma/ *Guía Portage* 1978; Brigance, 1978; Newborg/ *Escala de Battelle* 1989; Bagnato y Neisworth, 1990; *Escala Haizea-Llevant* 1991; Fuertes, Sánchez y Pérez 1992 Johnson-Martin, Jens y Attermeier/ *Curriculum Carolina* 1994.

Como consecuencia de esta unión o matrimonio entre el diagnóstico/evaluación e intervención, muchas de las pruebas publicadas van acompañadas de todo un material de intervención; lógico, si tenemos en cuenta el carácter criterial de las mismas. El testimonio de ello son las pruebas de Fuertes, Sánchez y Pérez 1992 y el de Johnson-Martin, Jens y Attermeier/ *Curriculum Carolina* 1994

Pese a ello, es importante reconocer el valor de todas las escalas de desarrollo de carácter normativo; pues van a ser ellas las que nos permitan dar el primer paso en la Intervención Temprana, el de la *detección*. Detectar una anomalía a tiempo constituye nuestro primer objetivo, y sólo a través de un instrumento valioso en la descripción de

las conductas que van sucediéndose normalmente durante el periodo de desarrollo infantil nos lo va a permitir.

En el campo de la detección es importante el desarrollo de técnicas válidas, es decir que realmente midan el desarrollo normal o anormal del niño, dejando escapar el menor número posible de signos de alerta, y también de fácil y rápida aplicación. Estos instrumentos han tenido una amplia difusión bajo el término de *screening*. Las premisas que hay que exigir a un buen screening son las de realización rápida y sencilla, con alta confiabilidad y validez (Hellbrügge, 1980). Uno de los screening que mayor difusión ha tenido, aunque ya tradicional, ha sido el de Frankenburg y Dodds/ *Escala de Denver*, 1967.

Una vez detectada una anomalía o signo de alerta, ya podemos y debemos pasar a una segunda fase, que sería la del diagnóstico, donde las pruebas o instrumentos más específicos y amplios son elementales, y ya no sólo para la elaboración del diagnóstico en sí, sino para el planteamiento y diseño de la intervención.

Pese a todo ello, es importante que se siga trabajando y desarrollando las pruebas de detección, a pesar de las limitaciones que presente de cara a la intervención por su simpleza; pero es algo superable porque en un momento posterior siempre tendrán que ser complementadas de cara a un diagnóstico específico. Los instrumentos de detección temprana son un importante indicador primario del que no podemos prescindir.

Una vez detectada una determinado retraso o desajuste conductual respecto al desarrollo normal, pasamos al diagnóstico, es decir a la determinación o valoración de la implicación funcional de dicho retraso (Hellbrügge, 1980). Para ello será importante utilizar pruebas mucho más específicas para el caso que nos ocupa, con el fin de determinar de la forma más precisa posible cuál es la situación concreta del caso ante el que nos enfrentamos.

¿Cuál es el significado de dicho retraso?, ¿qué nos está indicando sobre la capacitación y afectación global del individuo?. Buscar una etiología o clasificación siempre que sea posible, ya no tanto por el mero hecho de clasificar, como para saber ante qué nos encontramos y qué podemos esperar de cara a un pronóstico.

El diagnóstico psicológico va a estar muy condicionado por el marco teórico contextual que, sobre desarrollo infantil, esté vigente. Cuanto más conozcamos sobre el desarrollo infantil y las posibilidades que ofrece tanto el organismo como el ambiente, mejor y más certero será el diagnóstico que podamos emitir (Illingworth, 1991)

C. Las anormalidades en el desarrollo psicológico y sus implicaciones en la capacitación y funcionalidad global del individuo/ El pronóstico

Una vez detectada una anormalidad o un desajuste en el desarrollo, una vez catalogada o determinada su implicación funcional psicológica, debemos buscar su implicación en la capacitación futura del individuo, es decir, el pronóstico de lo que esperamos que suceda.

Al igual que indicábamos en el pronóstico neurológico, para que pueda tener lugar un verdadero pronóstico, con ciertas garantías de validez, tenemos que partir de un marco teórico, sólido y consistente entorno a:

- 1) La evolución de los casos que con anterioridad han sufrido una anomalía o desviación similar, a través de los estudios longitudinales pertinentes; cuál ha sido el desarrollo y evolución general, cuál ha sido la repercusión en la funcionalidad y capacitación posterior.
- 2) Los efectos de ciertas condiciones medio-ambientales en la evolución de casos anteriores en los que se ha presentado dicha anomalía, permitiéndonos así emitir

predicciones o pronósticos más ajustados teniendo presente las condiciones individuales que van a rodear al sujeto a lo largo de su desarrollo. Aunque sobre ello hablaremos más detenidamente posteriormente.

CONCLUSIÓN

La *detección, diagnóstico y pronósticos* en edades tempranas es posible. Nos encontramos ante un primer argumento científico de la Atención Temprana. Hoy por hoy existe un amplio campo de conocimiento, generado por el ámbito psicológico y neurológico, del desarrollo neuropsíquico durante los primeros años, lo que nos permite detectar situaciones de deficiencia documentadas y alto riesgo frente a la misma desde momentos próximos al nacimiento. Detección que, apoyada por todo un cuerpo teórico, facilita y posibilita la emisión del diagnóstico y pronóstico.

Pero hablar de detección, diagnóstico o pronóstico teniendo presente la unicidad e indivisibilidad neuropsíquica del niño, como individuo que conforma una globalidad compleja a partir de la interrelación dimensional que le es propia, nos obliga a conjugar los conocimientos que tanto la disciplina neurológica como la psicológica han aportado a este campo concreto. Pero sobre ello hablaremos más detenidamente en el último apartado dedicado al tratamiento de la *interdependencia de las distintas disciplinas que fundamentan la Atención Temprana*.

Por último, incidir una vez más que, a todo lo visto hasta el momento sobre la aportación específica de la neurología y la psicología al campo del diagnóstico temprano, habrá que sumarle, una vez propuestas, todas las aportaciones de los estudios sobre el efecto del medio en los procesos neuropsíquicos que tienen lugar durante los primeros años, así como los efectos de determinados programas de Intervención Temprana; donde se esclarecerá, tanto las posibilidades de la intervención, como las posibilidades de eficacia

o efectividad de la misma y donde se verán implicadas nuevamente la Neurología Evolutiva y la Psicología del Desarrollo, así como la disciplina educativa, con sus respectivas aportaciones teóricas.

La tarea diagnóstica se va a ver indirectamente influida por ello, como ya hemos podido ir vislumbrando a lo largo de la exposición. Esta tarea está muy condicionada por los resultados que sobre el medio, en su influencia en el desarrollo, han tenido lugar. Estos resultados han enfatizado, de alguna manera, el papel de la detección, diagnóstico y pronóstico, otorgándoles una naturaleza específica y cualitativamente muy distinta a los llevados a cabo en otros terrenos o ámbitos, tal y como vamos a poder comprobar en el apartado siguiente, y sobre lo que volveremos en la conclusión final.

La emisión de un diagnóstico y pronóstico queda fuertemente condicionada por las posibilidades de la intervención, se hace imprescindible:

- 1º Un conocimiento del efecto del medio ambiente sobre el proceso de desarrollo que tiene lugar en edades tempranas. A través de un conocimiento de las variables ambientales que mayor peso tienen en dicho desarrollo y un examen del las posibilidades que ofrece el ambiente específico que rodea a un niño determinado, podremos establecer un pronóstico más acertado y real a ese caso, muy útil para el diseño de la intervención.
- 2º Un conocimiento de las posibilidades de recuperación funcional. A través del conocimiento de las posibilidades de recuperación frente a una lesión orgánica determinada por el efecto de determinados factores ambientales, también se puede establecer un pronóstico mucho más válido, e igual de útil para el diseño de la intervención.

La *detección* dirigirá nuestra atención, el *diagnóstico* la centrará y el *pronóstico* guiará nuestra actuación.

2.3 CONOCIMIENTO DE LA INFLUENCIA DEL MEDIO SOBRE EL DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO DEL NIÑO Y SU APORTACIÓN AL TRATAMIENTO TEMPRANO

El reconocimiento de la importancia del medio en el desarrollo humano no es una postura mantenida y apoyada de forma unánime a lo largo de la historia. Prueba de ello es el peso que, hasta hace bien poco, han tenido las teorías maduracionistas, las posturas genetistas y el principio de predeterminismo humano.

El *predeterminismo* está basado en la creencia de que el desarrollo se determina genéticamente. Se considera que los resultados finales y el ritmo del desarrollo están controlados exclusivamente por la maduración. Esta posición se hizo popular a principios de siglo y tuvo sus raíces modernas en la teoría darwiniana de la selección natural (Hunt, 1961).

Uno de los primeros defensores del predeterminismo fue Galton (1961), quien afirma que los rasgos físicos y las aptitudes mentales son en su mayor parte heredados. Para Galton, el hombre nace con aptitudes mentales que se distribuyen normalmente y que son relativamente resistentes a la enseñanza. Esta opinión era acorde con la idea de la constancia del CI, sostenida por muchos educadores y psicólogos influyentes a finales del siglo pasado.

Un corolario, que se desprende de la posición que sostiene la condición heredable de las aptitudes mentales, es que el medio influye poco en desarrollo. Quienes creían en el predeterminismo sostenían que el infante venía bien o pobremente equipado genéticamente y que, por tanto, el medio podía hacer poco para obstaculizar o aumentar el desarrollo final del niño. Curiosamente, los investigadores que apoyaban la postura predeterminista durante este período inicial no reconocieron, o quizás se negaron a hacerlo, que los niños que tendían a desarrollarse bien procedían de hogares adecuados,

mientras que aquellos cuyo desarrollo era deficiente solían vivir en circunstancias de pobreza. La opinión de que la estimulación ambiental produce un cambio mínimo, otorgaba poca esperanza de que la intervención durante los primeros años pudiera influir en la trayectoria definitiva del niño (**Bricker, D. 1991**)

No existía razón para proporcionar escolarización temprana (en ese caso ninguna escolarización) a las personas disminuidas intelectualmente o de otra manera. Por el contrario, la solución más adecuada era apartar a estos individuos de la sociedad y proporcionarles un cuidado de custodia (**Wofensberger, 1969**)

Pero, esta postura predeterminista, pese a la solidez con la que se establece y mantiene durante gran parte de la primera mitad de siglo, va dejando paso a una postura donde el medio comienza a adquirir la primacía en la configuración del individuo.

*El niño empieza como un ser natural, y el medio determina la dirección y la velocidad de su crecimiento futuro. Por tanto, cuanto mejor sea el comienzo del niño durante sus primeros años, mayor serán las posibilidades de su desarrollo futuro. El niño que experimenta un comienzo con deficiencia, quizás nunca pueda compensar el tiempo o la experiencia perdidos..... Proporciona un fundamento general para sostener el efecto y la importancia de las experiencias tempranas. (**Bricker, 1991, 30**)*

La influencia del ambiente en el desarrollo del niño durante los primeros años se convierte en uno de los principales argumentos de la Intervención Temprana. En la medida que la influencia del ambiente sea algo posible y real, lo será la intervención.

Realicemos un breve repaso de los argumentos más importantes a favor de la influencia y determinismo ambiental durante los primeros años de la vida, argumentos que quedan en manos de la Neurología y de la Psicología del Desarrollo principalmente.

Antes de pasar a la exposición sólo señalar que conocer la influencia del ambiente sobre los procesos neuropsicológicos no es algo fácil si tenemos en cuentas las limitaciones éticas que la investigación experimental tiene en el estudio del ser humano. Saber los efectos que produce una reducción o falta de estimulación durante un período concreto de la vida del individuo, a veces, ha obligado a recurrir a la investigación animal. Los resultados obtenidos han sido, en mayor o menor grado, válidos, en la medida que han posibilitado unos mínimos de garantía en su transferencia o inferencia al ser humano, lo que también ha marcado alguna que otra limitación en este campo.

Pero, está claro, que el conjunto de estudios existentes en la actualidad, bien directamente sobre el ser humano, con las limitaciones que conlleva, bien sobre el mundo animal, contando también con las lagunas que presenta la inferencia de los resultados al ámbito humano, han contribuido notablemente en nuestro conocimiento sobre la influencia del medio ambiente en los primeros años de vida del individuo, tal y como vamos a comprobar seguidamente.

APORTACIÓN DE LA NEUROLOGÍA

Desde la Neurología se establecen dos líneas de investigación tan conexas y complementarias que se hace difícil su diferenciación, pero que, de alguna manera, debemos distinguir para realizar el análisis más idóneo de cara a la fundamentación teórica del campo que nos ocupa, el de la Atención Temprana. Ello permite establecer o delimitar con mayor rigor el tipo de población a quién va destinada esta intervención.

- 1) La influencia del ambiente en la configuración neurológica del individuo durante el primer período de la vida, período en el que tiene lugar su desarrollo y maduración:

Un ambiente adecuado facilita y optimiza el desarrollo neurológico del niño, mientras que un ambiente deficitario puede tener graves repercusiones en este desarrollo, llegando incluso a provocar déficits neurológicos.

2) La posibilidad de regeneración del sistema nervioso frente a la lesión o daño orgánico durante los primeros años, basado, claro está, en las posibilidades que la influencia ambiental proporciona.

A. La influencia del ambiente en la configuración neurológica del individuo durante el primer período de la vida

Los estudios neurológicos han demostrado suficientemente que el desarrollo humano responde a un modelo de interacción genético-ambiental que actúa ya en la etapa fetal y va desplegándose después del nacimiento. Probablemente, los estudios de Hubel (1977), Wiesel (1978) y Stryker (1979) sobre la organización de la corteza visual, sean uno de los ejemplos más brillantes de la aportación en este campo. Estos autores mostraron, como el sistema de proyecciones de las neuronas talámicas en las bandas del córtex visual del cerebro comienzan al quinto mes del embarazo, y después continúa durante unas cuantas semanas después del nacimiento. Estos estudios concluyen con la afirmación de que una ausencia visual precoz, sea natural o provocada, significa una lesión irreversible del córtex; lo que puede ser un buen ejemplo de lo que significa un *período crítico en el desarrollo*. Hay una puesta en marcha innata del proceso que ha de ser complementada después del nacimiento tras una estimulación ambiental adecuada.

El *período crítico*, basándonos en la definición general que del mismo realiza Villa Elízaga (1991): *Aquel intervalo de tiempo en la vida de un individuo en que determinado órgano o tejido presenta el máximo crecimiento, es decir, cuando sus células están multiplicándose más rápidamente; por lo tanto es el período en el que la*

actuación de un determinado factor presenta su mayor influencia (Villa Elizaga, 1991, 56), es el período en el que el cerebro se encuentra en momento de máximo crecimiento, y en el que la actuación de los factores ambientales pueden tener su mayor influencia y trascendencia en su constitución y configuración. A sabiendas que existen, según Villa Elizaga (1991), dos máximos de intensidad de crecimiento del cerebro: el crecimiento celular y la mielinización, los que tienen lugar en el período más próximo al nacimiento.

Ajuriaguerra (1991), insiste en no confundir *período crítico* con *período sensible*. Para este autor los periodos sensibles *serian periodos del desarrollo neurofisiológico y bioquímico durante los cuales el sistema nervioso estaría más predispuesto para recibir impactos procedentes del exterior. Las estructuras estarían preparadas para recibir los impactos del entorno y la falta de los mismos podría poner en peligro el funcionamiento ulterior (Ajuriaguerra, 1991, 98)*

La existencia de períodos críticos en los primeros años de la vida y su trascendencia para el desarrollo posterior va a ser el principal elemento en el argumento de todos y cada uno de los autores dedicados a esta parcela concreta de conocimiento.

Las funciones psíquicas del individuo se forman en el curso de los primeros años de vida, apareciendo completamente constituida en los límites de la edad preescolar, y siendo en los primeros meses y en los primeros años, colateralmente a una sistematización de las estructuras nerviosas, cuando el niño cumple sus experiencias fundamentales, algo que después no hará más que repetir, perfeccionar, aplicar y utilizar (Levi 1955, 40)

Pero los estudios emprendidos en este campo no comienzan ni terminan con las aportaciones específicas de Hubel (1977), Wiesel (1978) y Stryker (1979), los hallazgos tienen una mayor amplitud y variedad. Pasemos, pues, a recoger lo más significativo de los autores que mayor protagonismo han tenido hasta el momento, concretamente en la investigación neurofisiológica y la investigación con animales.

El desarrollo de las funciones psíquicas superiores, como resultado de la asimilación individual de los productos de la cultura humana y no funciones innatas (**Bustamante, 1978**), se lleva a cabo en estrecha conexión con la formación de nuevas estructuras funcionales del cerebro, denominadas por Luria (1973) *sistemas funcionales*.

Estas estructuras neurológicas se forman durante el primer período de vida del individuo, permitiéndole adaptar su conducta a las exigencias de la sociedad. En el establecimiento de la estructura neurológica adquiere una importancia capital el ejercicio de la función; cuanto más y mejor estimulación reciba el cerebro del niño en su período de formación, más rápida y completa será su organización neurológica y, consecuentemente, más altas serán sus capacidades cognitivas.

Existe una gran capacidad de adaptación del cerebro humano, lo que ha permitido evolucionar desde estados estrictamente primitivos hasta otros verdaderamente sofisticados. Los diferentes y variados estímulos que debe procesar el cerebro humano provocan una sustancial aceleración de las estructuras cerebrales. Aceleración, cambio y adaptación que se verán especialmente reflejados en los momentos de crecimiento y estructuración cerebral (**Palacios Gil J. 1987**)

Siguiendo a Palacios Gil (1987), la existencia de períodos críticos en la formación de la estructura del cerebro muestra que la organización neurológica no se produce de forma gradual e indefinida, existen momentos cruciales y decisivos. Si en estos cortos períodos de tiempo no recibimos la estimulación necesaria, quizás ciertas capacidades no puedan desarrollarse jamás.

Si los circuitos neurológicos no se ejercitan a tiempo, corren el riesgo de no funcionar jamás al máximo de su capacidad. Si en los primeros años de vida el niño no disfruta de un medio ambiente colmado de estímulos de todo tipo, corre el peligro de no aprovechar jamás sus riquezas interiores innatas (Changeux, 1978)

Si no se estimula de una manera adecuada las zonas del córtex occipital de los circuitos funcionales en el momento óptimo, hay aprendizajes que dejarán de producirse y serán de dificultosísima recuperación. O sea, que la prontitud y la adecuación de dar unos estímulos es la variable más significativa de la adquisición del aprendizaje (Jubert, 1987)

Nogués (1987) propone que investigadores como Fregnac, Shulz y Binestock, tratan de evidenciar, en diversos estudios experimentales, el papel de la experiencia como estabilizadora de sinápsis o conexiones preferenciales entre neuronas, aspecto que, según Nogués, podría explicar el papel decisivo de ciertos comportamientos en determinados periodos críticos, de cara a conformar, de manera definitiva, estructuras inicialmente creadas por programas estrictamente genéticos. Para este autor, estos modelos sólo han sido utilizados en el campo del desarrollo sensorial, pero podrían ser extensibles a otros procesos neuropsíquicos menos conocidos, como son los procesos emocionales, de aprendizaje o de razonamiento.

Para Carrobles (1980), el crecimiento neuronal continúa después del nacimiento con una contribución del medio cada vez más importante, determinando la formación continua de nuevos y más complejos circuitos neuronales. Para este autor, uno de los efectos principales de esta presión dinámica del medio, parece consistir en la selección de los circuitos neuronales más apropiados de entre un número considerablemente mayor de posibilidades genéticamente determinadas.

Gadner y Patton, 1976 han relacionado, tras la observación de diferentes niños, la falta de una estimulación adecuada, con un deficiente crecimiento y con una importante escasez de ciertos complejos hormonales.

Como ya introdujimos, los estudios experimentales con animales han aportado un buen conjunto de datos y resultados importantes en este campo, tal y como seguidamente vamos a comprobar.

Una serie de autores: West y Greenough, 1972; Diamond, 1975; Ruttledge, 1976; Greenough, 1976; Rosenzweig y Bennet, 1976, 1977 y 1978; Bennett, 1979 han realizado una intensa labor con ratas, concluyendo todos ellos que se da un mayor número de uniones corticales sinápticas en ambientes donde existían más oportunidades para el aprendizaje, presentando cambios anatómicos, electrofisiológicos y conductuales.

Altman y Das (1964) también trabajaron con grupos de ratas sometidas a un tipo de estimulación distinta, observando un incremento de células en la corteza cerebral, así como un mayor desarrollo global del cerebro en aquellas que habían estado en el ambiente más estimulante.

Generalmente, los experimentos con animales los podemos dividir en dos grandes grupos, los que la variable experimental ha sido una falta o reducción de estimulación, principalmente ante alguna incapacitación para la utilización de alguna información sensorial, y los que, de forma contraria, lo ha sido una estimulación adicional a la standarizada.

b) Falta o reducción estimular

Hubel (1979), en un experimento con gatos, concluyó que la oclusión de un ojo después del nacimiento provoca lesiones en el cuerpo geniculado y en la corteza.

Nissen (1951) impidió a un chimpancé desarrollar la conducta táctil motora envolviendo sus pies y manos en tubos de cartón durante los tres primeros meses de vida, comprobando, una vez que los retiró, un pronunciado retraso en habilidades táctiles, motoras e incapacidad para localizar estímulos dolorosos.

Riesen (1976), en sus trabajos con chimpancés, propuso que, el seguimiento visual de objetos en movimiento, la coordinación de los dos ojos y la fijación convergente, y el

primer reconocimiento de objetos sólo se establece después de muchas horas o semanas de experiencia en el uso de los ojos y la posposición de la exposición a la luz durante demasiado tiempo, puede hacer que el desarrollo de los mecanismos visuales normales sea extremadamente difícil, sino imposible.

Hirsch y Spinnelli (1970), Blakemore y Cooper (1970), Nize y Murphy (1973), Muir y Mitchel (1973), trabajando con distintas especies demostraron que se producía la atrofia de los receptores visuales de trazos horizontales o verticales en el caso de que se restringiese su campo visual a trazos orientados exclusivamente en una de esas dos direcciones, lo que permitía pensar que determinados circuitos neuronales podían atrofiarse por el desuso.

Otros trabajos similares, pero esta vez con niños y no animales, han sido realizados por Freeman (1972) y Nickel (1969), sobre privación visual selectiva, así como también por Riesen (1976), que mencionan los casos de niños ciegos de nacimiento a causa de cataratas congénitas, y que aunque recuperaron la vista mediante una operación bastantes años después, nunca llegaron a desarrollar su capacidad visual igual a los normales

b) Estimulación adicional a la standarizada

Altman, Das, Andersen y Wallace (1968) llevaron a cabo un completo experimento con varios grupo de ratas sometidas a un prolongado entrenamiento en discriminaciones visuales, demostrando que los hemisferios cerebrales de los animales sometidos a entrenamiento eran manifiestamente más desarrollados que el de aquellos otros sujetos pasivos no estimulados.

Las investigaciones de Bennett, Diamond, Krech y Rosenwing (1964), demostraron la existencia de diferencias en la concentración de la colinesterasa en ciertas estructuras

cerebrales, así como en el desarrollo de la corteza cerebral en diferentes grupos de ratas, según la simplicidad o complejidad del entorno donde habitaban.

Levine (1960) demostró, en un estudio con ratas, que los animales manipulados alcanzaron un nivel adulto de respuesta considerablemente antes que las crías de la misma camada no estimuladas. De estos hechos, Levin infiere que la estimulación debe haber acelerado la maduración del sistema nervioso central ya que las crías manipuladas exhibían un ritmo de desarrollo más rápido; según Levin, abrían los ojos antes y conseguían una coordinación motora más temprana; sus cuerpos crecían más deprisa y tendían a pesar más en el momento del destete; poseían una mayor resistencia a los agentes patógenos. A partir de este estudio, Levin concluye afirmando que el carácter de la experiencia temprana de la primera infancia constituye otro importante factor determinante de las diferencias individuales de los animales. Para él, la gran cantidad de hechos clínicos indican claramente que la experiencia infantil en los humanos surte profundos efectos en el modelamiento y la constitución del adulto.

Rosensweig (1972) encontraba claras diferencias anatómicas y bioquímicas en los cerebros de ratas estimuladas; con una corteza cerebral de mayor peso y tamaño y una mayor cantidad de acetilcolinesterasa, enzima que se encuentra implicada en la transmisión de los mensajes en el cerebro.

Selye (1977) proponía el llamado *síndrome general de adaptación* que pretende explicar la mayor capacidad para superar posteriores situaciones de stress por parte de aquellos individuos que previamente se expusieron con éxito a situaciones semejantes.

Por último, sólo señalar un estudio realizado con niños a partir de esta adición estimular.

Nickel (1969) descubrió que si se entrena a los niños de 4 y 5 meses es posible aumentar en ellos la capacidad de discriminación visual. Y trabajos recientes demuestran que un

entrenamiento sistemático favorece las formas conceptivo-lógicas de enfrentamiento con los problemas en el período escolar.

Toda esta información pone de relieve, no sólo la trascendental importancia que la estimulación adicional, o la falta de ella, tiene sobre los aspectos el sistema nervioso o las funciones fisiológicas, principal objetivo de la Neurología, sino también su incidencia a otros niveles como puede ser sobre el sistema hormonal, la bioquímica o sobre aspectos tan observables como son la conducta.

B. La posibilidad de regeneración del sistema nervioso frente a la lesión o daño orgánico durante los primeros años

Las posibilidades de la regeneración del sistema nervioso durante los primeros años de vida del sujeto, sobre todo en el período más próximo al nacimiento, es un hecho ya científicamente demostrado por una gran cantidad de trabajos realizados.

Estas posibilidades están sustentadas por un principio elemental, y el que ha tenido una amplia difusión a lo largo de los últimos años, el principio de la *plasticidad cerebral* de los primeros años del ser humano.

En la literatura se encuentran numerosos datos sobre la plasticidad del organismo infantil en sus primeras edades. Uno de los trabajos más pioneros fue el de Hilber (1947-74), el que, mediante sus concienzudos estudios con animales locotomizados, demostró el enorme crecimiento compensatorio que se observa en las primeras etapas del desarrollo. También en lo referente al desarrollo funcional existen numerosos informes sobre la gran capacidad de adaptación y modificación en las primeras etapas del desarrollo; lo que, para Hellbrügge (1980), es una clara evidencia de la estrecha relación que existe entre

cualquier elemento del conjunto orgánico del individuo y el explosivo desarrollo del sistema nervioso central.

Köng (1975) puso de relieve la plasticidad del cerebro como base para una terapéutica neurofisiológica. Desde el punto de vista de la Neuropatología, Seitelberge (1968/69/76) realiza una importante contribución al respecto. Para él, el concepto de *plasticidad del cerebro* procede del fisiólogo Bethe. Con tal expresión, este autor designa la recuperación de movimientos y su re-coordinación después de trastornos que impedían su normal funcionamiento, bien sea debido a lesiones en los miembros con afectación de los músculos o de los nervios periféricos, o bien sea por lesiones en el sistema nervioso central.

Para Seitelberge, el sustrato estructural que posibilita esta nueva situación no consiste en la formación de nuevos grupos celulares y nuevas vías nerviosas, sino en sutiles alteraciones en los aparatos de contactos neuronales, en la bifurcación de las dendritas, en el número y distribución de las sinápsis, y en cambios moleculares todavía desconocidos que a nivel de retículo sináptico activan determinado patrón motor y lo ponen en condiciones de actuar como unidad funcional. Las condiciones cronobiológicas del sistema nervioso son decisivas para el grado de re-coordinación, resultando evidente que las mayores oportunidades de actuación se darán antes y durante el tiempo en el que las conexiones neuronales se instalan de acuerdo con las necesidades dadas por los estímulos ambientales; ello ocurrirá hacia el término de la fase de diferenciación postnatal que va desde el fin del primer año hasta el cuarto o quinto. (Seitelberge, 1976).

Hellbürgge (1980), apoyándose en las afirmaciones de Seitelberge, propone que una función es tanto más modificable cuanto más alejada se encuentre de su objetivo final, es decir cuanto menos próxima esté de su diferenciación definitiva.

Como podemos observar repasando estas primeras manifestaciones, se pone en evidencia que, uno de los mecanismos más importantes en el aprovechamiento de dicha plasticidad, está en manos de riqueza estimular que va a rodear al sujeto durante el período en el que la misma tiene su máxima manifestación.

Los trabajos realizados en este campo son muy amplios, como seguidamente vamos a poder comprobar, pero tenemos que hacer una especial mención al trabajo de Villablanca (1990), por su repercusión actual; es uno de los más recientes, en el que se trata de recoger y comprobar parte de los resultados y propuestas más tradicionales al respecto. Este trabajo fue galardonado con el *Premio Reina Sofía* en nuestro país, por su labor y contribución al campo preventivo de las deficiencias. Con una breve exposición de los puntos más destacables de este estudio, concluiremos este apartado.

Tal y como señala González Mas (1977), la plasticidad cerebral y la posibilidad de su mayor desarrollo por adiestramiento y estimulación adecuadas, es ya un hecho antiguo. Fue Darwin uno de los pioneros en señalar cómo el cerebro de los animales domésticos era más pequeño que el de la misma especie en estado salvaje, atribuyendo este menor tamaño a la disminución de las demandas funcionales. Ramón y Cajal, igualmente, afirmó la existencia de una plasticidad cerebral, indicando taxativamente cómo la actividad mental incrementaba el crecimiento de los axones y dendritas permitiendo una mayor riqueza de conexiones y enlaces, mientras que la falta de esta actividad causaba una reducción de tales conexiones por inhibición de los procesos neuronales (González Mas, 1977)

Según Carroble (1980), basándose en los estudios experimentales, argumenta que el sistema nervioso cuenta con cierto nivel de plasticidad, especialmente durante los períodos tempranos de la vida, lo que, según él, hace posible la existencia de modificaciones. Para él estas modificaciones se presentan, en general, bajo la forma de la debilitación o atrofia de determinados circuitos neuronales por el desuso, o el desarrollo

o incremento de nuevas conexiones sinápticas y extensiones dendríticas entre las neuronas existentes del sistema nervioso central (**Carroble, 1980**)

Según González Mas (1977), algunos estudios experimentales recientes, como los que se desprenden del empleo de la autorradiografía con timidina H3, indican, hasta ciertos límites, la posibilidad de conseguirse cambios de estructuralidad a niveles histológicos en el cerebro por la influencia de manipulaciones de conducta. Según este autor, las investigaciones de Altman (1970) han hecho posible seguir el destino (remultiplicación, migración, diferenciación) de ciertos grupos de células cerebrales durante la evolución postnatal (**González Mas, 1977**)

Tribuna Médica (1978), en un número dedicado a la Estimulación Precoz realiza la siguiente referencia a la plasticidad cerebral:

El sistema nervioso es más plástico cuanto más joven, y es precisamente durante el primer año de vida cuando esta plasticidad es mayor. El sistema nervioso se estructura recibiendo unos impulsos y procesándolos para dar unas respuestas. Estos estímulos sensoriales activan la actividad eléctrica de las neuronas y esta alteración puede incrementar la biosíntesis de proteínas. Así podríamos asegurar que el aprendizaje implica cambios no sólo en la conducta sino también en la estructura, función y composición de las neuronas (Tribuna Médica, 1978; 21-23)

Una serie de experimentos con ratas, consistentes en seccionar el área occipital en ratas, las que posteriormente fueron colocadas en tres situaciones: ambientes enriquecidos/ condiciones standarizadas/ ambientes empobrecidos durante varias semanas, han demostrado que los efectos del deterioro producido por la lesión fueron sólo parcialmente superados por el grupo en situación de estimulación adicional (Schwartz, 1964; Will, 1976; Will y Rosenzweig, 1976).

Villablanca (1991), impulsado por la idea de esclarecer la reacción del sistema nervioso frente al daño neonatal, emprende una amplia investigación con una especie animal experimental concreta, el gato y con una lesión cerebral modelo, la hemisferectomía. Una síntesis de las hipótesis de este trabajo quedan expresadas, bajo sus propias palabras, en la siguiente cita:

Cualquiera sea la etiología y magnitud de la lesión, nuestra hipótesis es que para que haya recuperación funcional, la estructura cerebral también tiene que cambiar y remodelarse, proporcionando así la infraestructura para una plasticidad reparativa.

En un segundo y lógico paso, proponemos que si, luego de descubrir cuáles son los procesos implicados en la recuperación cerebral, averiguamos cómo modificarlos para hacerlos más efectivos, habremos contribuido considerablemente a la prevención de las consecuencias del daño cerebral y, tal vez, a la terapéutica misma de la deficiencia mental y del impulso neurológico (Villablanca, 1991, 8-9)

Los resultados de este estudio son alentadores, teniendo en cuenta que se consigue demostrar una importante reorganización estructural de prácticamente todo el cerebro ante una hemisferectomía realizada en edades tempranas; lo que demuestra una plasticidad cerebral muy importante, la que va reduciéndose a medida que el individuo va alcanzando el estado adulto, aunque nunca termina de desaparecer.

En esta reestructuración destacan:

- 1) Los procesos de reinervación subcortical por neuronas del hemisferio no dañado, principalmente en el sistema motor córticoespinal y también en los sistemas visuales y cerebelo-rubro-talámico.
- 2) La atenuación de la pérdida y atrofia neuronales en el hemisferectomizado neonatal, en relación con lo que se observa en el adulto.
- 3) El dinamismo de las fluctuaciones en el tamaño de los cuerpos neuronales y, especialmente, la hipertrofia de neuronas en el hemisferio intacto.

Existe una constante correlación entre le mayor grado de recuperación funcional y la mayor reinervación con menor atrofia en los neonatales, versus el menor grado de recuperación funcional y la menor reinervación con mayor atrofia en los animales con la lesión en edad adulta. Esto constituye una demostración sólida, aunque indirecta, de que en nuestro modelo experimental, la reestructuración anatómica juega definitivamente un papel importante en la recuperación funcional.....procesos anatómicos de remodelación, como los que hemos demostrado, contribuyen a la funcionalidad (Villablanca, 1991, 16)

C. Conclusión

Las experiencias tempranas, como producto de un complejo sistema de interacción del niño con el medio que le rodea, tienen un efecto sobre el proceso neurológico que tiene lugar en los primeros años de la vida, pudiendo favorecerlo, perjudicarlo, e incluso recuperar una funcionalidad posiblemente perdida ante una lesión establecida.

El papel del medio, el que proporciona la experiencia temprana, es importante y, a veces decisivo:

- 1) Puede contribuir a mejorar y optimizar un desarrollo neurológico proclive a la lesión o disfuncionalidad por encontrarse en una especial situación de riesgo biológico (prematuridad, bajo peso, enfermedad...)
- 2) Puede contribuir a mejorar y optimizar un desarrollo neurológico bajo una lesión cerebral ya establecida, incluso, puede llegar a proporcionar un alto nivel de recuperación de la misma.
- 3) Pero al mismo tiempo, también puede contribuir a su deterioro y disfuncionalidad:
 - Puede deteriorar el desarrollo neurológico de un niño cuya dotación orgánica, en principio, se encontrara dentro de lo saludable.

- Puede contribuir, de forma adicional, a deteriorar una estructura neurológica ya amenazada por un riesgo biológico, pudiendo así agudizar y acelerar la aparición de déficit funcionales y estructurales.
- Puede contribuir, de forma adicional, a deteriorar una estructura neurológica ya lesionada, provocando consecuencias de índole deficitario mucho más profundas e importantes de las, en un principio, provocadas por la lesión.

APORTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA

A. El papel de los diferentes enfoques psicológicos en la argumentación de la incidencia del ambiente en el desarrollo psíquico

Son muchos los estudios realizados en el campo de la privación o riqueza estimular durante los primeros años; por un lado tenemos los que recogen los efectos a nivel de estructuras neurofisiológicas, como ya hemos podido comprobar en el punto anterior, y por otro, los que se centran en los efectos producidos en unas estructuras menos observables empíricamente, por tanto, más abstractas y complejas, llamadas constructos, es decir las estructuras o dimensiones psicológicas del individuo (cognitivas y afectivas). A veces, otro tipo de estudios, se encaminan a recoger los efectos producidos sobre algo más observable y empírico, como es la conducta humana.

Lógicamente, el origen de esta variabilidad en los distintos estudios realizados es fruto de la variabilidad teórica existente en el campo de la psicología, algo que ya señalamos y advertimos en un apartado anterior.

Pero todos ellos, demuestran, siempre en mayor o menor medida, la relevancia e incidencia del medio sobre el conjunto global del individuo, unos centrados en unas

dimensiones y otros en otras, unos señalando el ambiente como el gran promotor, otros la interacción del organismo-ambiente; pero en todos ellos hay un denominador común, *el ambiente, como principal elemento de las experiencias tempranas, tiene mucho que decir en la configuración psicológica del sujeto.*

a) Los estudios centrados en los efectos producidos sobre las estructuras o dimensiones psicológicas del individuo (cognitivas y afectivas), están desarrollados principalmente bajo los principios de las teorías psicoanalíticas y cognitivas.

1. *El psicoanálisis*, enfatiza el peso de las experiencias tempranas sobre un desarrollo global del individuo, priorizando las dimensiones afectivas y sociales (adaptación social), las que terminarán determinando los procesos de naturaleza cognitiva. Para ellos, son estas dimensiones afectivas o sociales las más decisivas y relevantes en la explicación de la conducta humana. La relación madre-hijo durante el primer período de la vida, constituye uno de los ejes de estos estudios. Esta relación será uno de los factores de la interacción ambiental temprana más relevantes y decisivos en el desarrollo del niño.

2. *El cognitivismo*, enfatiza, principalmente, el peso de las primeras experiencias sobre el desarrollo de las estructuras o dimensiones de naturaleza cognitiva, fundamentalmente sobre las habilidades y destrezas intelectuales. Lo más determinante en las edades tempranas será poner en marcha los mecanismos cognitivos que van a posibilitar la funcionalidad y capacitación futura del individuo. Poner en marcha estos mecanismos supone, bajo los principios de la interacción orgánico-ambiental, facilitar y provocar su funcionalidad, y provocar esta funcionalidad a través de la ejercitación queda en manos de los estímulos presentados, capaces de provocar la reacción e implicación de niño en determinadas tareas.

- b) Los estudios centrados en recoger los efectos del medio sobre la conducta humana, la conducta observable empíricamente de forma directa. Son las teorías conductistas las que de forma principal agrupan esta serie de estudios.

1. *El conductismo*. El enfoque de estos estudios en el terreno de la primera infancia y el efecto del ambiente, es cualitativamente diferente a lo otros. Para el conductismo, la importancia de los primeros aprendizajes, no es tanto por la influencia o la determinación de una capacitación o funcionalidad interna, no podemos olvidar que el conductismo surge en contraria oposición a la explicación de la conducta por mecanismos internos o endógenos, como por la adquisición de las conductas básicas y secuenciales que aseguren un comportamiento humano lo más cercano posible a lo propio de un individuo, es decir, de un individuo que forma parte integrante de una sociedad específica.

La importancia de las primeras experiencias o aprendizaje temprano radicaría, no tanto por una reducción de posibilidades posteriores, como por la adquisición de conductas correctas desde los inicios. El niño recién nacido es un papel todavía en blanco, en que las conductas *inapropiadas* o *inadecuadas* aún no han tenido lugar, y sobre el que es importante conseguir y buscar la mayor optimización conductual posible. El comportamiento del adulto es una conjunción de conductas *apropiadas* y no *apropiadas*, donde el ambiente tiene que actuar doblemente: reducir las *inapropiadas*, remodelar y producir las *apropiadas*, algo mucho más difícil y complejo. En el niño sólo hay que provocar las deseadas.

- c) Actualmente, el protagonismo que están teniendo las teorías integradoras (*enfoque ecológico o comunitario*) han incorporado una nueva perspectiva a estos estudios. Desde esta nueva perspectiva cambia el concepto de ambiente y cambia el concepto de individuo. Ello ha repercutido notablemente en el análisis de los efectos del medio sobre el desarrollo.

Desde este nuevo enfoque ya no son sólo los efectos que se producen a nivel conductual o a nivel cognitivo o de personalidad, de forma parcial, lo que interesa; se pone un especial énfasis en los efectos producidos en la adaptación e integración social, en el desenvolvimiento individual y en el bienestar, en definitiva, en el conjunto global de individuo como un elemento o subsistema de otro mucho más amplio, el sistema humano. El individuo forma parte de un sistema superior, y al que hay que acceder para poder comprender la conducta humana. La conducta está totalmente contextualizada, sometido a la estructura social específica en la que se encuentra.

También la concepción del ambiente, como principal elemento de la interacción, cambia o se amplía. El ambiente que incide realmente en el sujeto no es simplemente un conjunto de estímulos que podemos manejar o crear en una situación controlada, sino que es el contexto global donde el individuo queda situado: familia, comunidad o sociedad.

El conflicto suscitado en los últimos años en torno a la permanencia o no de las experiencias tempranas, ha favorecido, de alguna manera, la vigencia de este conjunto de teorías integradoras, pero sobre ello volveremos al final de este punto.

Vamos a pasar a revisar algunos de los estudio y aportaciones más relevantes en este campo, unos más generales y de los que podríamos sacar conclusiones distintas en función de la teoría psicológica en la que nos situáramos, otros ya estrechamente condicionados por la teoría desde la que se ha partido; pero todos ellos nos sirven de testimonio para confrontar nuestro objetivo: la influencia del medio en edades tempranas de cara a la configuración psicológica del sujeto. Estos estudios, al igual que ocurría en el campo de la neurología, a veces están basados en experimentos con animales, a veces

son sólo estudios descriptivos de niños que se han pasado parte de su vida infantil en instituciones, pudiendo llegar a realizar comparaciones y deducciones posteriores.

Pero antes de pasar a ello, vamos a abordar un conjunto de aportaciones ya guiadas o marcadas por un determinado enfoque teórico, el psicoanálisis. No podemos olvidar que, desde esta corriente, surgen las primeras iniciativas o propuestas en torno a la importancia de las primeras experiencias infantiles; además, son muchos los autores que, desde este enfoque, han ido contribuyendo a la consolidación de la fundamentación o argumentación de la Atención Temprana.

B. El Enfoque psicoanalítico y su aportación específica en el terreno de la experiencia temprana

Basada en el trabajo de Freud, y otros que compartían su orientación psicoanalítica, surgió la teoría de que las alteraciones emocionales o mentales tenían a menudo su origen en alguna experiencia traumática en la infancia o en la niñez temprana (**Bricker, 1991**)

Anderson (1963) describió la perspectiva psicoanalítica de la siguiente manera:

- 1. El niño es pasivo y responde a todo estímulo al que se le expone sin acción o selección de su parte.*
- 2. El niño es tan sensible y delicado que se le debe proteger a toda costa, y tiene que recibir cantidades excepcionales de amor, afecto y seguridad.*
- 3. El niño traslada a su conducta posterior todos sus recuerdos y experiencias, y le afectan especialmente los llamados acontecimientos **traumáticos** o experiencias singularmente intensas (**Anderson, 1963, 312**)*

Según Andreson (1963), los escritos analíticos están llenos de ejemplos de supuestos traumáticos, a menudo de naturaleza sexual, que afectan al desarrollo posterior. Esta postura presupone la importancia de las experiencias ambientales tempranas del niño. Si crece en un hogar con afecto, el niño se desarrollará hasta ser un adulto bien adaptado, mientras que el niño educado en condiciones en las que experimentó sucesos intensamente desagradables, se verá dañado para toda la vida.

Otro claro ejemplo es el trabajo de Spitz (1990), el que atribuye la disminución en los cocientes de desarrollo de niños institucionalizados a la falta de cuidados maternos regulares. Privar a estos infantes de la necesaria relación emocional temprana con su madre produce una reacción traumática que afecta a todos los aspectos de su desarrollo

En la relación entre madre e hijo se tiene la oportunidad de observar el inicio y la evolución de las relaciones sociales...entre las peculiaridades de esta relación se cuenta la de que un estado de desconexión social, un lazo puramente biológico, se va transformando, paso a paso, en lo que ha de ser finalmente la primera relación social del individuo....es una transición de lo fisiológico a lo psicológico y social....en el transcurso del primer año de vida, la criatura pasará por una etapa de simbiosis psicológica con la madre, desde la cual ganará gradualmente la etapa siguiente, en donde se van a desarrollar las interrelaciones sociales, es decir, jerárquicas....en dicha relación se podría encontrar el germen de todos los desarrollos de las relaciones sociales del orden más elevado (Spitz, 1991, 22-23)

Para Spitz (1991), cuando las perturbaciones, producidas por una mala relación materno-filial, son graves y se dan durante el período de formación de la psique, están destinadas a dejar cicatrices en la estructura y el funcionamiento psíquico futuro.

La postura psicoanalítica puede verse representada en trabajos más recientes, como es por ejemplo el realizado por Kennell y Klaus (1979). Estos investigadores reunieron los resultados de la investigación que ellos interpretan como una demostración de *la importancia de los primeros minutos y horas de contacto humano materno-filial*. Las

medres a quienes se les permitió el contacto inmediato y prolongado con sus infantes, establecieron un vínculo con ellos, mejor que las madres a quienes no se les ofreció esta experiencia. Se informó que las diferencias iniciales entre las díadas madre-infante de control, y las experimentales, se mantuvieron durante varios años.

Para Bricker (1991), esta postura es una clara manifestación de que, aunque las tendencias biológicas del individuo son importantes, las experiencias tempranas del infante y el niño de corta edad son fundamentales para el desarrollo de un adulto equilibrado y bien adaptado (Bricker, 1991)

Dentro de la corriente psicoanalítica es importante señalar otros trabajos como son los de Mélanie Klein (1958, 1959, 1966, 1968), Winnocott (1969, 1979); Bowlby (1969).

Ajuriaguerra (1991) analiza y propone lo más destacable de cada uno de ellos. Según Ajuriaguerra (1991) y Mélanie Klein (1968), el *Ego* en el individuo está provisto de algunos elementos de integración y coherencia desde los comienzos del desarrollo, considerando que se produce el conflicto antes de que esté muy avanzado el desarrollo del *Ego* y de que se halle firmemente formada la facultad de integrar el proceso psíquico. Aquí subyace la importancia que, Mélanie Klein (1968) otorga a las experiencias tempranas.

Winnicott (1979), presta una gran atención a los procesos psíquicos que operan en la madre, así como a la trascendencia que estos van a tener en la relación con el niño de cara al desarrollo psíquico del hijo. Señala la gran relevancia del papel de la madre durante los períodos tempranos de la vida del niño.

Para Winnicott, la madre que ha alcanzado la preocupación maternal primaria proporciona al niño las condiciones necesarias para que pueda empezar a manifestarse su constitución, para que se desarrollen sus tendencias evolutivas; condiciones en las que podrá experimentar

sus movimientos espontáneos y vivir con plenitud las sensaciones propias de este período primitivo de la vida (Ajuriaguerra, 1991, 51)

Bowlby (1959), parte de la tesis fundamental, según Ajuriaguerra (1991), que la adhesión de un lactante a su madre se origina en ciertos sistemas de comportamiento característicos de la especie, relativamente independientes entre sí al principio, que aparecen en momentos diversos, y se van organizando alrededor de la madre como objeto principal y que actúan vinculando a la madre y al niño. Estos sistemas que contribuyen originariamente a la unión son la *succión*, *agarre*, *seguimiento*, *llanto* y *sonrisa*; los que en el curso del desarrollo se integran y se centran en la madre, formando así la base de lo que llama *la conducta de unión*.

El establecimiento y calidad de esta conducta de unión, va a determinar considerablemente el despliegue conductual futuro del individuo.

a) Distintas aportaciones sobre la incidencia ambiental en el desarrollo psíquico del niño

Harlow (1959), en un experimento con monos recién nacido, utilizando madres sustitutas de alambre y felpa, demostró los graves efectos que provocaba la falta de una adecuada estimulación. Esta estimulación carecía de contacto táctil, de movimientos, de mimos, caricias, estimulación visual, etc. Esta falta de estimulación no sólo tuvo efectos a nivel de inteligencia, sino también, a nivel de personalidad. Los resultados del experimento demostraban que la privación de contacto físico durante los ocho primeros meses de vida afectaban claramente la capacidad de las crías para desarrollar unas pautas de afección normales y plenas, así como establecer lazos afectivos.

En otro estudio posterior, Harlow (1962), también con monos recién nacidos enjaulados, que pese a poder oír y ver a otros monos no podían entrar en contacto físico con ellos, puso de relieve la presencia de anormalidades de conductas, tales como mirar fijamente al espacio, dar vueltas de un modo estereotipado, sujetar sus cabezas entre las manos, balancearse, pellizcarse centenares de veces, conductas autopunitivas, etc.

Lytt, Gadner y Hollowell (1972), tras observar el desarrollo de dos gemelos, comprobaron que los efectos que la privación dada a uno de ellos, especialmente de estímulos dados por la madre, tenían sobre el niño. Los efectos sobre el niño privado de estímulos lo condujo a una situación de enanismo, mientras que su hermana evolucionaba dentro de la normalidad.

Widdowson (1948) observó que, a pesar de que un grupo de niños de un orfanato tenían más abundante comida, al de otro donde la encargada era una mujer joven y alegre, mucho más estimulante que la del primero, severa y de mayor edad, mostraba un mayor aumento de peso y crecimiento.

Thompson y Melzack (1956) demostraron con sus estudio el efecto del aislamiento social en crías de animales, concretamente con crías de perros. Los cachorros criados en aislamiento, al paso del tiempo fueron catalogados como inmaduros; en situaciones que necesitaban aprendizaje o solución de problemas, sus desempeños fueron significativamente inferiores a los de los perros criados en un hogar.

Un ambiente rico y estimulante en el periodo inicial de la vida, constituye una condición importante para el desarrollo normal. La restricción de experiencias durante este periodo crucial puede derivar en un atraso permanente (Thompson y Melzack, 1956, 6)

El efecto del medio durante el período inicial de la vida se ha demostrado también con animales a lo que se les ha proporcionado experiencias tempranas de estimulación. Ratas, perros, gatos y primates criados en ambientes con riqueza de estimulación presentan un desempeño que animales de control en la realización de tareas de solución de problemas. Por ejemplo, las ratas expuestas a una variedad de juguetes durante los periodos de desarrollo temprano, se desempeñan mejor al recorrer los laberintos que las ratas que no han tenido actividad con tal variedad de objetos en sus jaulas (Mason, 1970)

Dennis (1963) realizó un estudio sobre un grupo de niños iraní que vivieron toda su primera infancia en tres instituciones distintas. Se encontró que, en general, los niños tenían un retraso significativo en las pautas iniciales del desarrollo motor; pero cuanto más decadente y deficitario era el estado de la institución, mayor será el retraso en los niños.

Los datos recopilados aquí muestran también que el desarrollo conductual no puede explicarse totalmente desde el punto de vista de la hipótesis maduracionista. Deben reconocerse las importantes contribuciones que la experiencia hace al desarrollo de la conducta del infante (Dennis, 1963, 94)

C. El conflicto en torno a la continuidad del desarrollo y la transcendencia futura de las experiencias tempranas

La importancia de las experiencias tempranas, producto de la interacción medio-organismo, quedan en gran medida sujetas a las posibilidades de continuidad que ofrece el desarrollo.

Hemos comprobado que el ambiente puede incidir considerablemente sobre el desarrollo del sujeto durante los primeros años de vida; pero la importancia o relevancia de esa incidencia va a estar determinada por la continuidad que ese desarrollo o funcionalidad conseguida va a tener en el futuro desarrollo del individuo. Si conseguimos obtener un óptimo desarrollo en un niño durante sus tres primeros años, por ejemplo, un buen desarrollo y, por tanto, capacitación a nivel motor, lingüístico o cognitivo, pero su desarrollo físico, lingüístico y cognitivo futuro no encuentra su base en lo alcanzado o desarrollado durante estos tres primeros años, podemos preguntarnos: ¿realmente la incidencia del medio durante los primeros años es tan relevante como creíamos?

La continuidad presupone cierta consistencia básica de las variables intelectuales y de personalidad durante el desarrollo del niño a adulto. Se piensa que el infante que empieza como un bebé tranquilo y calmado, con más probabilidades, se desarrollará hacia un adulto calmado (**Bricker, 1991**)

La creencia en la continuidad, es decir, que los repertorios de conducta evolucionan de una manera, manteniendo una cierta permanencia a lo largo del tiempo, determinada por las experiencias tempranas del niño es el fundamento del trabajo de la Intervención Temprana. Si puede colocarse en una vía positiva de desarrollo al infante y al niño en riesgo de generar un problema, su desarrollo final deberá ser mejor. Sin embargo, si no se constata la presencia de desviaciones de la norma, o éstas se vuelven demasiado pronunciadas, es más probable que los resultados posteriores sean negativos (Bricker, 1991, 28)

La continuidad del desarrollo es un hecho, en mayor o menor medida, poco cuestionable en nuestros días.

Otra cuestión que guarda una estrecha relación con el planteamiento anterior es el planteamiento de la verdadera relevancia de las experiencias tempranas para el futuro del sujeto.

Volvemos a replantearnos la misma cuestión, pero desde otro enfoque, si la incidencia del medio en el desarrollo temprano de las facultades del sujeto es real, pero en el futuro, la actuación del medio puede revocar o modificar lo conseguido en los primeros años, ¿realmente es tan importante o relevante lo que este medio puede hacer en el primer período de la vida?

Durante la década de los 70 surgieron varios aspectos que indicaron que se necesitaría reinterpretar la supremacía de las experiencias tempranas. Un conjunto de investigadores (Honzik, McFarlane y Allen, 1963) no encontraron esencialmente ninguna correlación entre las puntuaciones obtenidas en las pruebas de inteligencia por infantes menores de

dos años y los resultados que alcanzaron en periodos de desarrollo más tardío. Ello puede ser debido, bien a la discontinuidad del desarrollo, de lo que ya hemos hablado anteriormente, o de la influencia de un ambiente distinto en ambos periodos.

La falta de validez predictiva entre el rendimiento en las pruebas de inteligencia antes de los dos años y el rendimiento en la adolescencia hizo poner en duda la continuidad entre las formas tempranas de conducta y las posteriores, e indicó además que el medio en el que vive el infante en sus primeros años, ya fuera adecuado e inadecuado, puede compensarse mediante variables que se presentan posteriormente (McCall, 1979)

Existen estudios donde se comprobó que el efecto negativo de un ambiente deficitario en la temprana edad puede ser compensado y superado posteriormente si se proporciona el ambiente adecuado (Mason, 1963; Dennis y Najarian, 1963; Harlow y Harlow, 1966; Kagan y Klein, 1973)

Si el primer ambiente no permite la realización total de su capacidad psicológica, el niño funcionará por debajo de sus posibilidades mientras permanezca en ese contexto. Pero si se le transfiere a un ambiente más variado y que exija mayor número de acomodaciones, es probable que sea más capaz de explotar esa experiencia y de reparar el daño fraguado por el primer ambiente, de lo que algunos teóricos han supuesto (Kagan y Klein, 1973, 960)

Para Bricker (1991, 37), la lectura y el análisis de la bibliografía actual sobre la experiencia temprana conduce a los siguientes supuestos:

- 1. La experiencia temprana es importante*
- 2. La experiencia posterior es también importante*
- 3. Una experiencia temprana enriquecida no protege al niño de posteriores ambientes deficientes.*
- 4. Un ambiente privativo no tiene por qué predestinar al niño al retraso o a un funcionamiento de inadaptación si se emprende una acción correctiva*

La experiencia temprana se considera sólo un eslabón en la cadena del crecimiento y el desarrollo. Sin embargo, si se cuenta con un ambiente aceptable, cuanto mejores sean los comienzos de un infante o niño de corta edad, es más probable que tenga un buen desarrollo futuro. Esta advertencia es especialmente apropiada para los niños disminuidos, a los que un buen comienzo ayuda a atenuar el efecto de su condición de impedimento (**Bricker, 1991**)

Está claro, que si partimos de una continuidad biológica, la continuidad en el desarrollo, no es difícil asegurar que las capacidades desarrolladas en los primeros años a través de las experiencias tempranas, tienen mucho que decir de la capacitación ulterior del sujeto. Pero no podemos olvidar que hablar de continuidad del desarrollo no es sólo hablar de continuidad biológica, sino también de continuidad ambiental, si partimos del principio de interacción.

La continuidad ambiental también tiene mucho que decir en el efecto y transcendencia del ambiente en el primer período de la vida. Asegurar la continuidad de los efectos que un determinado ambiente puede ejercer en los primeros años de la vida sobre la funcionalidad y capacitación del niño, no sólo supone contar con unos mínimos de garantía de continuidad biológica en el sujeto, sino también supone contar con unos mínimos de continuidad ambiental.

El desarrollo se modela sistemáticamente por medio de las transacciones entre el organismo y el medio.... mientras su biología y ambiente se mantengan relativamente constantes, se podrían predecir correctamente diversos resultados para cada niño (Bricker, 1991, 39)

Esta nueva dimensión o perspectiva ambiental queda recogida, como comentamos en un momento anterior, por las teorías *integradoras*, donde el enfoque ecológico es uno de los más representativos (**Bronfenbrenner, 1975**). Pero hablaremos más detenidamente de ello, en el apartado siguiente, a la hora de abordar los programas de Intervención Temprana.

A modo de conclusión, podemos decir que pese a las grandes fluctuaciones o variaciones que los efectos de las experiencias tempranas pueden tener a lo largo del tiempo, sujetas en gran medida, no sólo a una continuidad biológica, sino ambiental, hay algo muy claro y ampliamente demostrado por los estudios neurofisiológicos, como hemos podido comprobar, importantes funciones del individuo encuentran la base de su desarrollo durante el periodo temprano, si no tiene lugar en este periodo, nunca podrán darse con la misma calidad e intensidad. Es más, si dejamos pasar las oportunidades que nos ofrece el periodo temprano para esperar la incidencia posterior, habremos dejado pasar la oportunidad de la prevención, para pasar, si no en todos, en gran parte de los casos, al terreno de la rehabilitación, algo que siempre es mucho menos deseable.

Pese a todo ello, es bueno anotar y tener presente que la incidencia del medio no finaliza durante la etapa más próxima al nacimiento, sino que continúa a lo largo de toda la vida del individuo.

CONCLUSIÓN

Finalmente, podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que el medio tiene una incidencia importante sobre el desarrollo neuropsíquico del individuo. Influencia que, si bien es verdad que es constante a lo largo de toda la vida, adquiere una especial relevancia durante los primeros años, ya que es en estos años donde se conforma o constituye la organización neurológica, a través del proceso de maduración que tiene lugar, y se sientan las bases de la funcionalidad y capacitación psicológica del individuo.

Por tanto, podemos afirmar la amplia gama de posibilidad que ofrece la intervención durante estos años. Podemos realizar un control sistemático de las circunstancias del ambiente que rodea al niño durante sus primeros años, con el fin de prevenir cualquier

anomalía o déficit del sujeto. El objetivo más elemental de dicha intervención será posibilitar, facilitar y provocar las experiencias más ricas posibles durante estos años, pero no sólo será importante buscar estas experiencias directamente, sino, a través de la incidencia sobre el medio natural que rodea al individuo, buscar las circunstancias más favorables para que estas experiencias tengan lugar.

A. La intervención temprana no sólo es posible, sino necesaria

El desarrollo psíquico del niño representa un proceso espontáneo (influido necesariamente por los estímulos externos) y continuo de sistematización de la actividad. Los estímulos externos son principalmente naturales y provienen de ambiente familiar y social, pero pueden crearse artificialmente y con un sentido útil, constituyendo entonces, la educación. Así pues, la educación es una situación ambiental creada de intento y con un fin psicoortogénico (Levi, 1955, 42)

Ese índice de menor velocidad de transmisión, refiriéndose a la inmadurez del sistema nervioso, probablemente es debido a que los caminos que debe seguir el estímulo no están totalmente establecidos. Es posible que se realicen sucesivas sinápsis por acierto-error en busca de las vías adecuadas. Esa inmadurez es la que debe aprovechar la Estimulación Precoz para reforzar las vías adecuadas, y las respuestas correctas, consiguiendo establecer las sinápsis acertadas más rápidamente, y evitando su atrofia por el desuso, al tiempo que se evitan las respuestas incorrectas y su fijación (Salvador Garrido, 1987, 42)

Lo ideal sería poder prevenir la deficiencia mental y las minusvalías del desarrollo antes que el agente etiológico produzca el daño cerebral. Desgraciadamente, en circunstancias en que el daño cerebral sucede sin poder ser previsto, la prevención sólo puede ocurrir a posteriori (Villablanca, 1991, 17)

La intervención se sitúa claramente en el campo de la prevención. Aunque en algún momento puede adquirir un carácter rehabilitador, no olvidemos que en casos de daño

cerebral, el ambiente ofrece la posibilidad de cierta recuperación funcional a nivel neurológico, queda insertada en un marco más amplio, el preventivo. La repercusión de un daño neurológico temprano no tiene una incidencia clara sobre la funcionalidad y capacitación del individuo durante el período cercano al nacimiento, debido fundamentalmente a que esta disposición funcional no se consolida hasta un momento posterior, donde el daño ya sí tendría una clara manifestación en términos de discapacidad o minusvalía.

B. Objetivos de la intervención

1. *Contribuir a mejorar y optimizar un desarrollo neuropsicológico en riesgo de lesión o disfuncionalidad por encontrarse en una especial situación de riesgo biológico.*

La morbilidad es un factor, un conjunto de factores que demuestran poseer sensible influencia sobre el desarrollo mental del niño, naturalmente en sentido negativo...la psique reacciona siempre en medida notable a la enfermedad; y ello no solamente en los reflejos del estudio emotivo, sino también de la maduración intelectual que resulta casi siempre dañada.....causa de vicisitudes morbosas, pueden determinarse estados de hipoevolutismo psíquico accidental que deben hacer reflexionar sobre la importancia de los factores exógenos en relación con la evolución psíquica.....para Fiore (1947), las vicisitudes de cualquier parte del organismo no son indiferentes para el sistema nervioso, produzcan un daño pasajero o perdurable, a breve o a corto plazo, deben ser siempre tenidas en especial cuenta para la explicación de las anormalidades psíquicas, que cuando se manifiestan tardíamente son sólo en apariencia tardías, porque han sido preparadas por precedentes condiciones (Levi, 1955, 30-31)

Las características de una situación de alto riesgo de deficiencia por causa biológica, son:

1º Unas condiciones biológicas (prematuridad, bajo peso, enfermedad concreta, etc.) que pueden repercutir o afectar negativamente al desarrollo neurológico del niño, pudiendo incidir sobre las estructuras neurofisiológicas que se encuentran en pleno período de maduración y, por tanto, muy susceptibles a la influencia de cualquier agente exógeno.

2º Suele encontrarse bajo unas condiciones ambientales muy contrarias a las que normalmente se darían en un niño sin problemas. En muchas ocasiones, el niño está privado de un ambiente natural y cotidiano por encontrarse ingresado bajo condiciones sanitarias muy específicas (incubadora, tratamientos intensivos, etc.), las que reducen las posibilidades del contacto humano, concretamente el materno. Este ambiente reduce considerablemente las posibilidades del niño frente al desarrollo de experiencias tempranas, propias de un ambiente rico y variado en estímulos, capaz de provocar dichas experiencias.

3º A lo que hay que sumar el estado emocional de la familia que provoca la situación clínica que sufre el hijo. Este estado, puede repercutir notoriamente en la relación que se va a establecer entre el niño y los familiares, de forma más concreta, entre el niño y la madre.

La intervención, frente al alto riesgo de deficiencia por causa biológica, tiene así un triple objetivo:

1º Procurar la ejercitación funcional del niño, con el fin de evitar o contrarrestar los efectos que su estado específico de enfermedad o condiciones de prematuridad o bajo peso puede tener sobre su desarrollo neurológico.

2º Lógicamente, no se puede aspirar a cambiar el ambiente clínico donde se encuentra el niño, no cabe duda que lo primero *debe* ser combatir la morbilidad infantil, pero sí se puede perseguir, siempre en la medida de lo posible, un ambiente hospitalario lo más favorable para el niño, donde las

restricciones sean las mínimas y las posibilidades en experiencias favorables a su desarrollo sean las máximas. También, una vez finalizado el período de hospitalización se puede ejercitar la funcionalidad del sujeto proporcionando las situaciones ambientales más propicias, procurando así reducir los efectos perjudiciales que la situación de hospitalización ha podido provocar en el niño.

3º Las posibilidades de incidir en el ambiente que rodea al niño, concretamente el familiar y de forma especial el que proporciona o establece la madre, se traduce en un objetivo imprescindible de la intervención. Se debe buscar el cambio u optimización emocional de la familia, así como su implicación en la tarea de proporcionar al niño las experiencias más propicias para su desarrollo.

2. Contribuir a mejorar y optimizar un desarrollo neuropsicológico en riesgo de lesión o disfuncionalidad por encontrarse en una especial situación de riesgo ambiental.

Según se ha constatado repetidas veces, los niños con menor rendimiento escolar e intelectual provienen en una medida desproporcionada de familias de bajo nivel socioeconómico...el fenómeno se atribuye a menudo a los ambientes con bajos niveles de estimulación, pero existen muchas otras causas posibles de retraso del desarrollo relacionadas con el bajo status socioeconómico.....estos diversos factores de riesgo ambiental favorecen la aparición de retrasos posteriores, si bien con un grado de pronosticabilidad o especificidad menor que las deficiencias de origen orgánico (Bryant y Ramey, 1989, 41-42)

Las características de una situación de alto riesgo de deficiencia por causa ambiental, son:

1º Un ambiente pobre, donde la reducción y limitación estimular, dejan pocas posibilidades a las experiencias tempranas, experiencias lo suficientemente amplias y ricas como para favorecer u optimizar el

desarrollo del niño. Lo que puede terminar provocando importantes disfunciones, incluso daños, a nivel neuropsicológico.

2° Un ambiente, que, a veces, no sólo no brinda la posibilidad de mantener las experiencias necesarias para un óptimo desarrollo, sino que, a veces, puede incluso provocar experiencias muy negativas, traumáticas y de terribles consecuencias para el desarrollo neuropsicológico del niño, donde la disfuncionalidad o lesión pueden ser un hecho patente en gran proporción de casos.

Hay que señalar que el ambiente que rodea al niño durante sus primeros años es el ambiente que proporciona la familia, muy determinado por las características socioculturales en la que se desenvuelven o se encuentran inmersos los propios padres.

La intervención, frente al alto riesgo de deficiencia por causa ambiental, tiene así un doble objetivo:

1° Procurar la ejercitación funcional del niño a través de la presentación o creación de un ambiente lo suficientemente capaz de provocar las experiencias tempranas más idóneas, con el fin de evitar o contrarrestar los efectos que las malas condiciones ambientales que le rodean puede tener sobre su desarrollo neurológico.

2° Incidir sobre el ambiente en el que normalmente se desenvuelve el sujeto, es decir en el ámbito familiar. Procurar la predisposición y capacitación familiar necesaria para que las experiencias del niño puedan ser lo suficientemente ricas y favorecedoras de su desarrollo.

3. Contribuir a mejorar y optimizar un desarrollo neuropsicológico sujeto a una lesión o daño orgánico

Las características de una situación con daño o lesión orgánica son:

1º Puede ser un daño cerebral que afecte, bien directamente a lo cognitivo, bien sólo al terreno motor, bien únicamente a algún área sensorial, o bien de forma conjunta a alguna de ellas o a todas. También, puede ser un daño orgánico, no cerebral, sino de algún elemento de sistema orgánico sensorial (vista y oído). Cada lesión compromete las posibilidades de determinadas funciones neuropsicológicas del individuo (el movimiento, la inteligencia, la visión, el oído, etc.), la mayor parte de ocasiones, indispensables para la futura capacitación individual y, por tanto, para el desenvolvimiento y bienestar social. Una lesión provoca una disfunción o deficiencia, y ésta termina traducéndose en discapacidad y minusvalía.

2º El sujeto cuenta con otras alternativas funcionales, que no estando implicadas en el daño o lesión, pueden suplir o compensar de alguna manera la disfunción provocada por la lesión, con el fin de reducir los niveles de discapacidad y minusvalía futura.

3º Las lesiones pueden reducir o minimizar el aprovechamiento del niño de todas y cada una de las oportunidades que le ofrece su medio, pudiendo ello repercutir en su desarrollo neuropsíquico global, dando así lugar a la aparición de otras alteraciones funcionales no ligadas originalmente al daño o lesión que padecía el sujeto (*deficiencias asociadas*)

4º A lo que hay que sumar el estado emocional familiar originado por las consecuencias tan negativas que tiene una lesión orgánica en el individuo, concretamente la de su hijo. Este estado, puede repercutir notoriamente en la relación que se va a establecer entre el niño y los familiares.

La intervención, frente a la lesión o daño orgánico tempranos, tiene así los siguiente objetivos:

1º La intervención, en primer lugar, se destina a ejercitar o procurar la ejercitación de aquellas funciones implicadas directamente con el órgano dañado, con el fin de procurar una recuperación de la lesión; siempre tendiendo a la mayor recuperación posible de las funciones directamente implicadas.

2º En caso de ser imposible su recuperación, o sólo ser posible a niveles muy elementales pero insuficientes, habrá que buscar la ejercitación de aquellas funciones no directamente implicadas en el daño y que de alguna manera pueden suplir o compensar las consecuencias de la disfuncionalidad en términos de discapacidad o minusvalía. Por ejemplo, ante una lesión que compromete a la función visual de forma irrecuperable, será necesario ejercitar y potenciar otras funciones como son la auditiva o táctil, con el fin de reducir el grado de discapacidad o minusvalía futura del sujeto.

3º Procurar la ejercitación funcional del niño a todos los niveles, con el fin de evitar o contrarrestar los efectos que la lesión puede tener sobre el resto de funciones no implicadas directamente en la lesión. Una determinada lesión puede reducir las posibilidades del niño frente al aprovechamiento máximo de los estímulos ambientales; por lo que será importante conseguir un alto nivel de experiencias tempranas, algo que dejándolo a expensas de su curso normal quizás no tuviera lugar.

4º Incidir en el ambiente que rodea al niño, concretamente el familiar y de forma especial el que proporciona o establece la madre. Se debe buscar el cambio u optimización emocional de la familia, así como su implicación en la tarea de proporcionar al niño las experiencias más propicias para su desarrollo.

No podemos olvidar que estas situaciones se pueden complicar en el momento que exista una combinación entre ellas. La intervención debe estar muy atenta a esta posibilidad,

teniendo que duplicar o triplicar sus objetivos en casos muy concretos, convirtiéndose en una intervención mucho más compleja y delicada, pero lógicamente de mayor compromiso por las repercusiones que una situación de esas características puede tener.

2.4 CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS DE UNA MANIPULACIÓN Y CONTROL DEL AMBIENTE QUE RODEA AL NIÑO DURANTE SUS PRIMEROS AÑOS A TRAVÉS DE UN PROCESO SISTEMATIZADO/ SU APORTACIÓN A LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA

Hemos visto como la intervención, en la medida que podemos organizar las contingencias del medio a través de una actividad sistematizada con el fin de producir un cambio en el niño, es posible.

La intervención adquiere así un carácter fundamentalmente *educativo*. Pero, como ya comentamos en el apartado dedicado al análisis terminológico y conceptual de la Atención Temprana, el término educación, hoy por hoy se enfrenta a los problemas propios de todo término sujeto a una extremada amplitud conceptual. No podemos negar el marco tan amplio de la acción educativa, lo que supone una gran variedad no sólo en contenidos educativos, sino en objetivos, metodología y evaluación. Esta gran diversidad ha favorecido el desarrollo de muy distintas ramas o campos educativos: educación formal, regulada por el sistema educativo vigente, educación informal, educación de adultos, educación infantil, educación especial, etc.

La Atención Temprana, tiene una clara naturaleza educativa, pero dentro de ésta, cuál es el campo específico donde podríamos situarla. Quizás, hace unos años no cabría ninguna duda que su lugar estaría en el campo de la educación especial. Pero, hoy, frente a la gran cantidad de cambios transcurridos en este ámbito, lo que de alguna manera han provocado o favorecido el mismo desarrollo y expansión de la Atención Temprana, sería

inadecuada esta ubicación. Revisemos de forma muy sintetizada y concreta cuál podría ser la naturaleza de la Intervención Temprana dentro del campo de la educación, partiendo de la realidad y acontecimientos más recientes:

- 1) La Logse (1990), introduce una nueva concepción de tratamiento educativo, de forma muy especial en las primeras edades o etapas de este sistema: *la individualización de la enseñanza*. Esta individualización supone una adaptación de los objetivos y contenidos de la enseñanza a las necesidades específicas de cada uno de los alumnos, de forma muy especial a aquellos niños con necesidades educativas especiales.
- 2) Esta misma legislatura (Logse, 1990) propuesta para la regulación del sistema educativo de nuestro país, incorpora un nuevo elemento al sistema: *la integración* de los niños con algún tipo de déficit o anomalía física o psíquica, algo que no había tenido lugar hasta este momento. La educación para todos es una de las grandes principios del actual sistema educativo. La educación especial, cada vez va teniendo menos protagonismo en la vida educativa, para dar paso a la integración educativa. La *individualización de la enseñanza*, es una de las principales armas o mecanismos en la consecución de dicha integración.

El niño, sujeto a una anomalía o déficit, no sólo es diagnosticado o valorado psicológica o neurológicamente con fines clasificatorios de ubicación institucional (tradicional mecanismo de la *educación especial*), y de forma independiente de la intervención desarrollada posteriormente en la institución donde quede acogido (*pedagogía terapéutica*); sino que el niño es ya valorado o diagnosticado con un fin claramente destinado a la intervención.

La evaluación, el diagnóstico y el pronóstico psicológico quedan a merced de la propia intervención, quedan así unidos por una tarea o fin común, procurar aquel cambio que pueda posibilitar o facilitar el bienestar y competencia individual y social del sujeto.

La tarea del diagnóstico no está tanto en deslumbrar unas características o condiciones psíquicas individuales, como en esclarecer y detectar unas necesidades educativas concretas, las que van a permitir ese primer diseño y aplicación de la intervención.

Cualquier proceso de innovación o renovación educativa que pretenda mejorar la enseñanza transmitida a lo alumnos con dificultades de aprendizaje o deficiencias pasa por estructurar el proceso de enseñanza actual en mayor grado. La estructuración y sistematización de la enseñanza tiene una de sus principales claves en la conexión entre las actividades evaluadoras y la intervención educativa. La tradicional separación o alejamiento entre evaluación e intervención, y entre los profesionales responsables de ellas, carece de sentido en la actualidad (Verdugo Alonso, 1994, XV)

La evaluación psicológica y la intervención educativa encuentran su punto de unión en la tarea que desempeñan; surge así un nuevo concepto para esta nueva tarea, la **Intervención Psicopedagógica**. Se enmarca dentro de la actividad educativa, pero adquiriendo unas características muy específicas en el contexto global de la educación (Gráfica 25)

APORTACIÓN DE LA EDUCACIÓN

Hasta ahora hemos visto como, para garantizar y justificar la prevención, meta por excelencia de este campo de actuación, en primer lugar hemos tenido que garantizar las posibilidades de la detección, el diagnóstico y el pronóstico, luego hemos garantizado la posibilidad de la intervención en la medida que ha quedado demostrada la influencia del ambiente en la configuración conductual del sujeto; pero asegurar las posibilidades de la prevención exige además, asegurar unas mínimas garantías de éxito de dicha intervención, es decir, demostrar su eficacia.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Cualquier acción de intervención en la que se produce un cambio mediante el control sistemático de las circunstancias ambientales

Diseñada y aplicada a través de un plan previo o programa:
Objetivos/ Contenidos/ Metodología/ evaluación

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Con unas características propias y distintas a cualquier otra actividad de naturaleza también educativa

Apoiada y diseñada sobre la labor de examen y evaluación previamente realizado; donde la evaluación y diagnóstico psicológico es un elemento importante

Esta evaluación, examen o diagnóstico está muy condicionado o determinado por la finalidad que persigue: la detección de necesidades individuales y sociales. Es un mero instrumento del diseño de la intervención.

INTERVENCIÓN TEMPRANA

Con unas características propias y distintas a cualquier otra actividad de naturaleza también psicopedagógica

Destinada a la población infantil, concretamente la comprendida entre la edad de 0-3 años, que sufre una deficiencia documentada o se encuentra en situación de alto riesgo biológico o ambiental frente a la misma.

Con una clara intencionalidad de carácter preventivo

La intervención educativa es una labor previamente planificada, estructurada y diseñada; el *programa de la intervención*, va a ser el eje que guiará toda la actividad emprendida. Por tanto, podemos asegurar que el éxito de una intervención, queda, en gran medida, determinado por el contenido del programa establecido.

Un enfoque sistemático educativo orientado a la acción, requiere que se realice una planificación formal y sistemática, lo mismo que diseños, aplicaciones, evaluaciones y revisiones (Kaufman, R.A., 1973, 14)

El diseño de una programación supone un plan que, como dice Gimeno Sacristán (1981), indica lo que se quiere realizar, y esto no puede hacerse, como es lógico, sin partir de una determinada concepción pedagógica o psicológica, la que siempre quedará reflejada o traducida en términos de contenido de la programación.

Cuando actuamos ponemos en marcha concepciones concretas sobre lo que hacemos. El diseño pretende exteriorizar esos implícitos en un plan explícito que se puede discutir, cambiar, perfeccionar, etc. (Gimeno Sacristán, 1981, 252)

A. Las características y la configuración del programa de intervención temprana

En muchos aspectos, la capacidad para la ejecución de programas eficaces de intervención es un reflejo del estado en que se encuentren los conocimientos sobre los procesos de desarrollo y sobre el modo en que influyen en éstos los sucesos de la vida del niño y de sus familias (Guralnick y Bennett, 1989, XI)

a) Fin de la intervención/ Meta de la programación

La gran finalidad de la Intervención Temprana es la de mejorar y optimizar, siempre en la medida de lo posible, la capacitación del sujeto, reduciendo las posibilidades de desarrollar en el futuro estados discapacitantes o de minusvalía, aquí radica su carácter preventivo; acercándonos, por tanto, a los niveles más altos posibles de bienestar social e individual del sujeto y de los miembros que le rodean, principalmente familiares. Se

convierte en la meta del programa de Intervención Temprana, es decir, es el punto de partida que servirá de origen y guía a todo programa elaborado desde este campo de actuación.

b) Los programas

Hablar de la efectividad de los programas en términos generales quizás no sea algo difícil de conseguir, pero intentar hablar del programa más eficaz o fructífero, se va a convertir en algo complejo si tenemos en cuenta la gran diversidad de elementos y métodos que podemos incluir en uno de estos programas, como vamos a comprobar seguidamente, así como la gran variedad de características a las que se encuentra sometida la población a quien van destinados: niños de distintas edades, etiologías, repertorios conductuales y antecedentes ambientales (familiares y clínicos). Los programas van a quedar constituidos a partir de tres grandes elementos. Pero estos elementos nunca van a contar con la unanimidad o invariabilidad a veces tan deseada por quienes tienen que enfrentarse a su elaboración; pero en el campo de la educación es algo ya perfectamente asumido, las *recetas* casi nunca tienen lugar en este campo.

c) Elementos del programa

1º "*Qué queremos cambiar, dónde queremos producir el cambio*"

El primer elemento surge al contestar preguntas como: ¿Qué entendemos por bienestar social e individual del sujeto?, ¿Qué entendemos por capacitación del individuo?, ¿qué entendemos por discapacidad o minusvalía?, lo que nos ayudará a saber qué queremos obtener exactamente con nuestra intervención. Operativizar de alguna manera estos conceptos tan amplios, nos acerca a los objetivos del programa, a mayor nivel de operativización, mayor acercamiento a los objetivos específicos.

Pero, este primer paso, o el producto que obtengamos del mismo, no está exento del concepto de hombre del que se parte, o más bien del concepto de conducta

humana, es decir, del enfoque teórico bajo el que se analiza o trata de dar respuesta a toda esa serie de cuestiones. Una vez más, las teorías de la psicología, sobre las que ya hemos hablado detenidamente, vuelven a tener la última palabra, pero no sólo en la configuración de este primer elemento de la programación, sino en todos los demás, tal y como podremos comprobar.

Concebir la conducta humana como un producto directo del medio en el que se encuentra el sujeto, de alguna manera predeterminada por el mismo, va a suponer elaborar una programación destinada a producir aquel conjunto de conductas o habilidades que consideramos que van a facilitar la funcionalidad del sujeto en los distintos lugares donde tenga que desenvolverse en el futuro: habilidades de cuidado personal, habilidades sociales que le permitan estar en los diferentes ambientes (hogar, escuela, comunidad), etc. *Enfoque conductista* (Thorndike, 1898; Miller y Dollard, 1941; Pavlov, 1968; Skinner, 1987; Bijou, 1978; Bandura, 1977)

Por el contrario, también puede ser concebida la conducta humana como el producto indirecto o la manifestación externa de los procesos internos que tienen lugar en el individuo. La programación se encauza hacia la optimización y desarrollo de esos procesos internos o constructos: capacidad intelectual, actitudes, autoconcepto, adaptación social, equilibrio emocional, razonamiento, transferencia y generalización de conocimientos, capacidad de representación y simbolización, interacción y comunicación social, etc. *Enfoque psicoanalítico y cognitivo* (Erickson, 1950; Eysenck, 1969; Spitz, 1990; Winnicott, 1970; Bowlby, 1969; Piaget, 1981; Bloom, 1976; Bruner, 1966; Ausubel, 1978; Glaser, 1966; Uzgiris y Hunt, 1965)

Por último, la conducta humana se puede percibir como parte o elemento de un sistema más amplio que el propio individuo, del que forma parte integrante y no

algo externo o distinto al mismo; no responde tanto a procesos internos o a conductas aprendidas de un contexto distinto y diferenciado del propio individuo, como a la relación o el papel que desempeña dentro de ese sistema o medio del que forma parte. Los cauces de la programación se amplían, salen fuera del propio sujeto como único destinatario de la misma; la programación se destina a la mejora y optimización del medio en el que se encuentra inmerso el sujeto: la familia y la comunidad se convierten en dos nuevos elementos destinatarios de la intervención, y serán variables relacionadas con este medio las que comiencen a medirse como producto de la intervención. *Enfoques integradores: ecologistas y comunitarios* (Bronfenbrenner, 1977; Blanco, 1987; Carrobbles, 1985; Costa y López, 1986; Pelechano, 1980)

Pero, también la conducta, independientemente de su origen o determinación, puede percibirse como un proceso que siempre mantiene unas reglas comunes y rígidas de desarrollo sobre las que hay que mantener la intervención, es decir, la intervención tiene que perseguir un producto lo más semejante posible al que sigue el niño normal, más propio del *enfoque cognitivo*; o por el contrario, la conducta se percibe más como un proceso individual, donde el propio sujeto marca sus diferencias, sobre las que hay que apoyar y basar la intervención, quizás más común en el *enfoque conductista*. La naturaleza de estos enfoques obliga, de alguna manera, a optar hacia una u otra postura de forma casi irremediable.

Por último, también es importante señalar que existe cierta dualidad entre unas tendencias más claras hacia el desarrollo de procesos, habilidades, destrezas, conductas más de índole cognitivo, intelectual, donde a veces, hay una inclinación al desarrollo de dimensiones académicas, en este caso preacadémicas, quizás en los enfoques de naturaleza *cognitiva*, y unas tendencias más de índole socio-afectivas, más propias de determinados enfoques *psicoanalíticos e integradores*.

La causa de esta doble postura puede estar relacionada con dos hechos de distinta naturaleza, pero que a veces puede coincidir. Por un lado, por la primacía existente en ciertos enfoques por ciertas dimensiones individuales, donde la consecución o desarrollo de una de ellas, por ejemplo la dimensión cognitiva, supone la consecución de la otra, por ejemplo, la afectiva, donde la organización y estructuración cognitiva supone que facilita o propicia la buena organización o estructuración de la personalidad. Este sería el caso del *enfoque cognitivo*, y la consideración contraria sería más propia del *enfoque psicoanalítico*.

Pero ello también puede responder a una postura, no tanto marcada por el enfoque teórico en el que nos situemos, como por el grado de deficiencia que el sujeto presenta. Por ejemplo, ante una grave lesión o deficiencia existe una mayor inclinación a primar dimensiones de índole afectivo que cognitivo, principalmente por la repercusión o la no repercusión que en la vida del sujeto puede llegar a tener.

Pero sobre la idoneidad o no de estos planteamientos volveremos más adelante, una vez que tratemos los programas desarrollados hasta el momento y su valoración general sobre los efectos más importantes producidos, así como las nuevas tendencias al respecto.

El establecimiento de este elemento del programa supone concretar *qué es sobre lo que vamos a producir el cambio*, sobre qué variables del individuo o su contexto vamos a buscar el cambio. En términos de investigación experimental, serían las variables dependientes del estudio, de hecho, la mayor parte de análisis y evaluación de los efectos de la Atención Temprana están basados en estudios experimentales sobre los programas realizados.

Por tanto, estas variables o primer elemento de la programación se convertirán en el objeto de la evaluación. En la medida que se produzca el cambio esperado en estas variables o dimensiones individuales, habremos conseguido el objetivo de la intervención y, por tanto, logrado el efecto esperado.

2º "Con qué contamos para poder producir este cambio"

Que es lo mismo que preguntar ¿cuáles son las variables o factores ambientales más determinantes en el desarrollo neuropsicológico del niño?, ¿qué factores facilitan el cambio esperado y cuáles pueden frenarlo o quizás provocar uno no deseado?. Una vez más, el enfoque teórico vuelve a condicionar el resultado de la respuesta a estas cuestiones. Los factores ambientales más determinantes e importantes en el desarrollo del niño según los distintos enfoques son:

1) Aquellos estímulos que facilitan o posibilitan el aprendizaje y adquisición de determinadas conductas. Son los estímulos ambientales que refuerzan o modelan la aparición de una determinada respuesta o conducta del individuo, bien a través de la presencia de una determinada forma de actuar, la que el niño observa e imita, bien a través de una consecuencia directa a la respuesta dada, consecuencias positiva o negativas, agradables o desagradables para el sujeto. **Enfoque conductual** (Thorndike, 1898; Miller y Dollard, 1941; Pavlov, 1968; Skinner, 1987; Bijou, 1978; Bandura, 1977)

2) Aquellos estímulos que provocan la puesta en marcha de determinados procesos internos del sujeto a través de la ejercitación funcional que el niño establece como consecuencia directa de la presencia de esos estímulos. Un determinado estímulo, por ejemplo visual, en primer lugar, provoca la atención del niño, en segundo lugar proporciona una información que el niño tiene que recoger, almacenar en su memoria a corto plazo y posteriormente integrar en su memoria a largo plazo a

través del procesamiento de la información. Este procesamiento de la información supone otorgar un significado a esta información a partir de los conocimientos previos ya adquiridos, lo que en muchas ocasiones conlleva una remodelación y reestructuración interna con el fin de integrar este nuevo elemento o información. La puesta en marcha y desarrollo de determinados procesos internos del sujeto, en este caso de los procesos cognitivos, dependen de las oportunidades que el medio ofrece al niño, concretamente en riqueza estimular, siendo esta riqueza estimular la que provoca y pone en marcha la funcionalidad del sujeto y, por tanto, el desarrollo de estos procesos. *Enfoque cognitivo* (Piaget, 1981; Bloom, 1976; Bruner, 1966; Ausubel, 1978; Glaser, 1966; Uzgiris y Hunt, 1965)

3) Aquellas experiencias que se desprenden de las primeras relaciones sociales del niño, concretamente la establecida con la madre. Son estas experiencias las que afectan o determinan el desarrollo de determinados procesos internos, concretamente los afectivos, los que tienen una implicación directa con los cognitivos. La relación establecida durante estos años se denomina *vínculo o apego afectivo*. Las posibilidades que la relación materno-infantil ofrece, es uno de los elementos ambientales más determinantes para el desarrollo psicológico del individuo. La información que el niño recibe de la madre queda integrada en el interior del sujeto reestructurando y reorganizando sus procesos, posibilitando así su crecimiento y desarrollo. *Enfoque psicoanalítico* (Erickson, 1950; Eysenck, 1969; Spitz, 1990; Winnicott, 1970; Bowlby, 1969; Klein, 1966; Freud, A., 1965)

4) Lo más determinante del ambiental en el desarrollo del individuo, no son tanto las experiencias suscitadas por determinados estímulos ambientales, o la riqueza y diversidad con al que estos se presenten, como

las experiencias que el sujeto vive y percibe en su contexto natural; es determinante el lugar o el rol que desempeña dentro del sistema ambiental en el que queda ubicado, concretamente en el familiar. Sin olvidar que la propia familia está condicionada o supeditada a un sistema de organización social superior, el comunitario, lo que de manera indirecta termina influyendo en el propio niño. *Enfoques integradores* (Bronfenbrenner, 1977; Blanco, 1987; Carrobbles, 1985; Costa y López, 1986; Pelechano, 1980)

Se ha demostrado en diversos estudios el efecto negativo que ofrece una situación de institucionalización en los primeros años sobre el desarrollo infantil, pero según nos situemos en uno u otro enfoque, el origen de este efecto puede estar determinado, bien por las pocas posibilidades que este ambiente ofrece de cara al aprendizaje de determinadas conductas óptimas y deseables en el niño, pocos refuerzos, pocos puntos de referencia conductuales sobre los que centrar la atención; bien por la pobreza estimular, lo que reduce las posibilidades de ejercitar la funcionalidad necesaria para enriquecer y progresar el desarrollo de determinados procesos cognitivos; bien por la ausencia de la relación materna durante el período temprano de la vida, lo que no facilitaría la puesta en marcha y desarrollo de determinados procesos afectivos tan necesarios para el desarrollo de cualquier otra dimensión del individuo; o bien por la ausencia de un ambiente idóneo en el que el niño pueda percibir, integrar y desempeñar un determinado papel o rol social, lo que también terminaría debilitando o reduciendo su desarrollo psicológico.

Es decir, que no siempre es tan fácil determinar o conocer cuáles son los elementos ambientales más concluyentes en el desarrollo psicológico del niño, prueba de ello, tal y como vamos a comprobar, es la gran variedad de programas existentes en función de la diversidad de contenido que presentan. No cabe duda

que el esclarecimiento de las variables ambientales más determinantes ha mantenido, desde los orígenes de la Atención Temprana, una progresión similar a la sufrida por las distintas teorías suscitadas en el campo de la psicología, dándose un cierto paralelismo y complementariedad entre ambos campos. Las tendencias actuales en el campo de la psicología y la educación, la que también está fuertemente condicionada por estas teorías, son las que marcan las nuevas pautas de la intervención, a las que hay que prestar una gran atención si queremos llegar a los niveles deseados de eficacia.

Pero tampoco podemos olvidar que el estudio de los efectos de los programas de Atención Temprana han contribuido de forma notoria al desarrollo y evolución de estos enfoques psicológicos desarrolladas en el campo de la primera infancia. Pero, sobre lo más destacable y relevante en nuestros días y en un futuro próximo, en cuanto a los elementos de la programación, volveremos en el último punto de este apartado, una vez que hayamos revisado los programas desarrollados hasta momento.

Si el elemento anterior, en la investigación experimental, sería la variable dependiente sobre la que estudiaríamos el nivel de cambio conseguido, este otro elemento sería la variable independiente por excelencia, es decir, aquella que produce el cambio o modificación esperada y la que se convierte en el principal instrumento de la intervención; aunque todo es mucho más complejo, y la presencia de una única variable independiente unidireccional carece de sentido para llegar a comprender el verdadero efecto de una Intervención Temprana, así como sus posibilidades; pero sobre ello volveremos.

Este elemento, a veces, condiciona, delimita o perfila los objetivos de la programación, aunque su configuración haya quedado establecida en el tratamiento y concreción del elemento anterior. Pero una de las consecuencias

más importantes que se desprenden de este segundo elemento es el desarrollo de las primeras directrices de la metodología de la intervención, elemento siguiente.

3º *"Cómo vamos a producir el cambio"*,

¿Cuál es el camino que vamos a seguir para llegar a producir el cambio deseado a sabiendas de las variables ambientales más concluyentes en dicho cambio?

Indudablemente, este elemento cuenta con toda una tradición teórica en el campo de la enseñanza. Mantiene una influencia teórica muy similar a la propuesta en los elementos anteriores. Pero en líneas generales podemos señalar dos grandes tendencias, muchas veces en lucha y contrapuestas, pero que han protagonizado la acción educativa desde mediados de siglo hasta nuestro momento.

- *La corriente tecnológica o de producto*

Atendiendo a lo que Gimeno Sacristán (1981) propone como síntesis de la filosofía que orienta a este enfoque técnico, diríamos que la metodología propuesta o avalada por este enfoque sería aquella donde aparece una estructura metodológica muy definida y ajustada en términos precisos al objetivo, previamente operativizado, que pretende lograr y no a otro, desde la que se vigila su consecución por medio de pruebas de evaluación que diagnostican sin dejar lugar a dudas, si se ha conseguido o no, a base de fijarse en la conducta que ejecuta el niño. Lo importante es el producto obtenido en términos del ajuste a los cambios esperados.

La racionalidad la centra este enfoque en que la concreción del objetivo sea la tarea previa a partir de la que siga todo lo demás: No podemos emprender camino sin saber a dónde vamos, dicen sus defensores, ni se puede salir del mismo una vez fijada la dirección. Toda la dinámica compleja se genera en el proceso de enseñanza-aprendizaje, se margina en favor de la rentabilidad del proceso (Gimeno Sacristán, 1981, 256)

Es un enfoque en el que encontrar un máximo representante en la figura de Kaufman (1973), cuya mayor preocupación es la de obtener métodos educativos de naturaleza científica, donde la sistematización y el control de resultados en términos empíricos, observables y directamente medibles es la única forma de conseguir un verdadero resaltado de la educación.

Pero esta corriente ha sido objeto de muchas críticas en los últimos años, donde se ha dado paso a otras corrientes o enfoques metodológico, lógicamente impulsados por las aportaciones de las corrientes cognitivas e integradoras.

Se ha criticado a este enfoque por apoyarse en una psicología conductista sobre el aprendizaje, que reduce al sujeto sólo a la conducta manifiesta. Esta psicología es la que ha dado un ropaje "científico" a una forma de entender el curriculum más crudamente eficientista y conservadora (Gimeno Sacristán, 1981, 255)

El papel de la persona que interviene es prácticamente de carácter ejecutor, se trata de ejecutar o aplicar un diseño o plan previamente establecido y que debe seguir con el mayor rigor posible. Por tanto, sólo hay que ser especialista en el momento de la elaboración o diseño de la programación, luego ya sólo hay que ser meros ejecutores de dicho plan, donde se carece de toda responsabilidad o toma de decisiones que no esté incluida en el proyecto inicial. El que aplica y el que elabora el programa no tiene porque ser una misma persona.

- *La corriente procesual*

También denominada humanista. Donde lo importante no será una metodología destinada a la única consecución de un resultado final en términos de cambio conductual medible, por tanto fija e inmutable desde el momento de su creación y diseño previo a la intervención, sino que se convierte en algo flexible y abierto a las posibilidades que ofrece el propio proceso, muchas veces impredecibles e

incontrolables pero no por ello menos útiles. Los objetivos no se establecen de forma definitiva, sino que quedan abiertos a cualquier modificación provocada por lo transcurrido durante el proceso. Responde a una concepción de sujeto como algo variable, complejo, individual y casi nunca predecible.

Desde este planteamiento, el hombre es algo más que conducta observable, es interacción con su medio, y esa interacción no siempre es previsible, ni controlable antes de que tenga lugar, sólo durante el proceso se podrá concretar y utilizar. La persona encargada de aplicar el programa, necesariamente tiene que ser la que lo elabore, y viceversa. Las líneas generales de un programa realizado antes de la intervención nunca están cerradas, sino que quedan abiertas a las modificaciones y adaptaciones necesarias que surgen en el mismo proceso de la enseñanza, fundamentalmente por las diferencias y variaciones que cada sujeto va a presentar a lo largo del proceso. Sólo la persona que ha establecido las primeras directrices de la intervención está en condiciones de realizar las modificaciones pertinentes sobre la marcha, y sólo así se completa y se cubre un programa de intervención verdaderamente eficaz.

Uno de los grandes impulsores y representantes de esta nueva corriente metodológica y, por tanto, curricular, lo encontramos en la figura de Zabalza, M.A. (1988)

Hoy por hoy, pocos defienden unos modelos de planificación rígidos y prescriptivos en los que todo está muy previsto y queda poco margen para la improvisación. Los profesores con experiencia señalan que una planificación así resulta poco útil porque a la larga acabará imponiéndose la propia dinámica impredecible del grupo de clase. La planificación previa hecha a ciegas antes del comienzo de cada curso corre el riesgo de quedarse en papel mojado cuando el profesor comienza a ponerla en marcha; y tanto mayor es el riesgo cuanto más rígida y prescriptiva sea la programación (Zabalza, 1988, 59)

Dentro de esta misma línea procesual surgen nuevos planteamientos y propuestas mucho más recientes, como son las propuestas de los enfoques ecológicos o comunitarios, las que dan lugar al desarrollo a las corrientes ecológicas de la enseñanza. Donde lo importante en el proceso, no sólo radica en conseguir un mayor acercamiento a la individualidad de cada sujeto y a la comprensión de la misma a través de los procesos que en él tienen lugar como producto de la interacción con el medio, sino que va más allá. Desde este enfoque, la enseñanza se sitúa en un contexto social determinado, el contexto donde queda ubicado el sujeto. Y este contexto no debe ser lejano a la proceso de la intervención, sino que tiene que partir de él, incluirlo y considerarlo a lo largo del proceso de la intervención.

Comienza a ser importante el manejo de los ambientes lo más naturales y cotidianos para el sujeto, siendo, en la medida de los posible, estos ambientes los que considere y utilice la intervención. La realidad del sujeto no sólo son sus características específicas, únicas y distintas al resto, sino sus características sociales, determinado por el contexto social donde queda ubicado.

Toda programación, sea del signo que fuere, se dirige a unos alumnos con unas características académicas y personales determinadas, inmersos en un ambiente familiar, social y cultural y con unas expectativas muy a tener en cuenta (Hernández, P., 1989)

El desarrollo de este elemento supone la concreción de la metodología, y por tanto, de las actividades, estrategias de intervención y evaluación; también de la temporalización de la intervención, se establecen los tiempos de aplicación, así como la duración del programa. Otro aspecto importante será, ya no sólo el tratamiento de la dimensión temporal del programa, sino el de la dimensión espacial, ¿dónde se va a aplicar el programa?.

Cualquiera de estos aspectos metodológicos pueden de alguna manera condicionar los resultados o los efectos de la intervención, por tanto, se constituyen como variables independientes, las que pueden convertirse en experimentales en un análisis concreto, o, al menos, frente a las que nunca habrá que olvidar su control.

B. Análisis de los principales programas de intervención temprana desarrollados hasta el momento¹

Examinar y valorar la eficacia de los programas desarrollados en el campo de la Atención Temprana no está exento, tal y como sugiere Guralnick (1989), de importantes problemas, como es la heterogeneidad de la población contemplada, la compleja serie de programas establecidos y la variable calidad de los enfoques experimentales.

La Intervención Precoz no es un constructo similar, sino más bien un término que alude a un conjunto de distintas "intervenciones precoces", cada una de ellas con objetivos, naturaleza y alcance muy divergentes. en un grupo concreto de niños con minusvalías, las distintas formas que adoptan estas intervenciones precoces pueden variar considerablemente.

De hecho, tales variaciones pueden afectar a la diferencia de enfoque (amplio o limitado: en un programa puede presentarse la gama completa de servicios y en otro la actuación puede limitarse a una estimulación vestibular para fomentar el desarrollo de la movilidad), al tiempo (comienzo de la intervención), a la duración (longitudinal de la intervención), a la intensidad (proporción de tiempo diario dedicado al tratamiento), a la localización (servicios prestados en el hogar o en un centro), y al objeto de la intervención (el niño y/o la familia) (Guralnick, 1989, 26-27)

¹Guralnick (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO:Madrid
 Bricker, D. (1989) "Un análisis de los programas de intervención temprana: Consecuencias que se derivan y direcciones futuras"; en Morris y Blatt (1989) *Educación Especial: Investigaciones y Tendencias*, Edit. Panamericana: Buenos Aires.
 Bricker, D. (1991) *Educación Temprana de niños en riesgo y disminuidos: de la primera infancia a preescolar*; Trillas: México

La calidad del enfoque experimental utilizado en la evaluación o valoración de los efectos de los programas se convierte en una de las cuestiones más importantes en el análisis global de estos programas. Quizás uno de los problemas más destacables con el que se encuentra la investigación en este campo se encuentra en el diseño experimental, concretamente en el apartado correspondiente a la selección de los grupos experimentales. Una de las formas de evitar este sesgo de selección de la muestra ha sido la de acudir a los datos históricos o normativos (Guralnick, 1989). Una asignación no aleatoria siempre es una amenaza para la validez interna del estudio (Cambell y Stanley, 1966). Pero tal y como propone Guralnick (1989), la Intervención Temprana es un campo demasiado importante para desecharlo por causas de dificultades en el diseño experimental y en la valoración.

Después de todo, cuando nos ocupamos de familias con hijos minusválidos que buscan consejo, hay que extraer conclusiones, aunque sean provisionales, se emprenden acciones incluso en ausencia de planes elegantemente contruidos y de una base de datos firme (Guralnick, 1989, 29)

- Los programas en población de alto riesgo de deficiencia por causa ambiental -

a) Programas

Prestados en el centro, enfocados hacia el niño y los padres

- Proyecto Milwaukee (Garber, 1982; Garber y Heber, 1981; Heber y Gaber, 1971)
- Proyecto CARE (Ramey, Bryant, Sparling y Wasik, 1985; Ramey, Sparling y Wasik, 1981)
- Proyecto Abecedarian de Carolina (Ramey y Bryant, 1983; Ramey, MacPhee y Yeates, 1982; Ramey, Yates y Short, 1984)

Prestados en el centro y enfocados hacia los padres

- PCDC de Birminhham (Andrew, Blumenthal y cols., 1982)
- PCDE de Nueva Orleans (Andrews y cols., 1982)

Visitas al hogar, enfocado hacia los padres

- Unidad Móvil para la Salud del Niño (Gutelius y cols., 1972, 1977)
- Proyecto Florida de Educación a los Padres (Gordon y Guinagh, 1974, 1978; Guinagh y Gordon, 1976; Olmsted y cols., 1980)
- Programa de Visitas al Hogar Orientado a la Familia (Gray y Ruttle, 1980)

Visitas al hogar, enfocado hacia los padres y el niño

- Estudio de Visitas al Hogar de Field (Field, 1982; Field y cols., 1980)

b) Resultados más destacables

1. A mayor cantidad y amplitud de los contactos, es decir, a mayor intensidad de los programas, mejores resultados intelectuales producen en el niño.
2. Las visitas al hogar, por sí solas, no son suficientes de cara a la modificación o mejora de la capacidad intelectual. Los efectos aumentan algo, cuando se añaden intervenciones médicas y educativas o cuando se realizan actividades de formación de padres en el centro. Y los efectos son muy significativos cuando los niños asisten al centro y las familias reciben formación específica.
3. Los niños mejoran intelectualmente al margen de que la intervención dé comienzo en distintos momentos del período anterior a su incorporación a la escuela
4. Si no se efectúa una Intervención Precoz, los niños desfavorecidos obtienen puntuaciones relativas cada vez más bajas en las pruebas de inteligencia tras los primeros 12-18 meses. Estos datos revelan que la intervención sirve para prevenirlo, o al menos para retardar esta declinación.
5. No se ha detectado que las diferencias entre prácticas y métodos educativos bien desarrollados tengan una relación directa con las diferencias en el rendimiento intelectual. Ahora bien, en la medida que un currículo plantee mayores niveles de exigencias a lo padres, su eficacia puede disminuir; prueba de ello son las altas tasas de reducción de las muestras en los proyectos que exigieron una participación *extraordinaria*, frecuente y sostenida, fundamentalmente por las madres. Por tanto, si

el currículo se ajusta a las experiencias y modos de la vida de los participantes, la intervención resulta más eficaz.

6. La participación de los padres sigue siendo el factor decisivo para el mantenimiento de las mejoras conseguidas gracias a los programas una vez finalizada la intervención
7. En un sentido amplio, los resultados en el CI confirman la idea de que las primeras experiencias son importantes para un desarrollo óptimo durante los años preescolares de los niños de familias socialmente desfavorecidas. Pero, apenas podemos ir más allá de esta confirmación en términos generales; aún no está demasiado claro qué aspectos específicos de dichas experiencias se vinculan causalmente con dimensiones concretas del desarrollo intelectual. Algunos estudios han registrado cambios en momentos concretos, pero la naturaleza interactiva de dichos cambios sigue sin conocerse.
8. Algunas intervenciones han logrado cambios de actitud en los padres o mejoras en el ambiente del hogar; sien embargo, estos factores no se han investigado tanto como el nivel intelectual, además de haberse utilizado instrumentos muy distintos en su medición.

- Los programas en población de alto riesgo de deficiencia por causa biológica -

a) Programas

Sólo estimulación auditiva

- Katz, 1971 (*centrada en el niño*)
- Segall, 1972 (*centrada en el niño*)
- Povell, 1974 (*centrada en el niño*)

Sólo estimulación vestibulocenestésica

- Korner y Col., 1975 (*centrada en el niño*)

Estimulación auditiva y vestibulocenestésica

- Barnard, 1973 (*centrada en el niño*)
- Burns y Col., 1983 (*centrada en el niño*)
- Kramar y Pierpoint, 1976 (*centrada en el niño*)

Estimulación táctil y vestibulocenestésica

- Rice, 1977 (*centrada en el niño*)
- Rosenfield, 1980 (*centrada en el niño*)
- Whithe y Labarba, 1976 (*centrada en el niño*)

Estimulación sensorial y multimodal

- Leib y Col., 1980 (*centrada en el niño*)
- Scarr-Salappateck y Williams, 1973 (*centrada en el niño*)
- Bromwich y Parmelee, 1979 (*centrada en la formación de los padres*)
- Minde y cols., 1980 (*centrada en la formación de los padres*)
- Widmayer y Field, 1981 (*centrada en el niño*)
- Brown y cols., 1980 (*centrada en el niño y en los padres*)
- Field y cols., 1980 (*centrada en el niño*)

b) Resultados más destacables

1. Los resultados positivos más destacables son: a) *A nivel de desarrollo*: mejor comportamiento neurológico neonatal, sobre todo en orientación visual y auditiva y en aspectos de maduración generales, mayor estabilización neurológica, mayor rendimiento en las escalas de evaluación del desarrollo infantil, tanto mentales como motrices, normalización del tono muscular y temperamento más manejable, con menor irritabilidad. b) *A nivel médico*: aumento de peso debido a una mejor alimentación, al menor incidencia de apneas y óptima maduración del ritmo cardíaco. c) *A nivel familias*: se da una mayor frecuencia de número de visitas y un mayor nivel de interacción con el niño

2. La administración de estímulos sensoriales al niño en el contexto hospitalario, es decir, la intervención centrada únicamente en el niño, pese a que siempre produce alguna mejoría, al menos en una de las áreas estudiadas, sin embargo, los efectos positivos registrados tienen una duración muy breve; apenas se detectan diferencias significativas en el desarrollo cuando el niño cumple un año, y todavía son pocos los datos posteriores a la primera infancia basados en estudios longitudinales.
3. Existe una clara tendencia, atendiendo a los estudios, de cambiar el tipo de intervención centrada únicamente en el niño hacia la intervención con los padres, destinada principalmente a una formación basada en la racionalidad de la mejora de la calidad de la *interacción* con el hijo. Para que esta interacción tenga lugar es imprescindible educar y asistir a los padres en la interpretación, previsión y respuesta a las señales e indicaciones de su hijo.

- Los programas en población con síndrome de Down -

a) Programas

- Aronson y Fallstrom, 1977
- Bidder, Bryant y Gray, 1975
- Clunies-Ross, 1979
- Connolly, Morgan, Russell y Ricardson, 1980
- Hanson y Schwarz, 1978
- Hayden y Dmitriev, 1975, 1977
- Kysela y cols., 1981
- Ludlow y Allen, 1979
- Piper y Pless, 1980
- Rynders y Horrobin, 1980

b) Resultados más destacables

1. Se da una importante reducción o evitación de la disminución de la capacidad cognitiva en estos niños al aumentar su edad cronológica durante todo el período en el que se presta el servicio de Atención Temprana.
2. Cuando la intervención se interrumpe, las diferencias entre los niños objeto de intervención y los niños de control tienden a reducirse considerablemente a menos que se mantengan las condiciones de apoyo en el entorno

- Los programas en población con retraso cognitivo y general en el desarrollo de origen biológico -

a) Programas

- Berna y cols., 1980
- Barrera y cols., 1980
- Brasell y Dunts, 1978
- Bricker y Dow, 1980
- Bricker y Sheehan, 1981
- Goodman y cols., 1984
- Moore y cols., 1981
- Moxley-Haegert y srvin, 1983
- Nielsen y cols., 1975
- Revill y Blunden, 1979
- Safford y cols., 1976
- Sandow y cols., 1981
- Shapiro, Gordon y Nieditch, 1977
- Shearer y Shearer, 1976

b) Resultados más destacables

1. Existen resultados positivos de los intentos de enseñar destrezas curriculares específicas; no obstante, los avances comunicados en áreas más generales de desarrollo, especialmente en las esferas cognitivas, son más limitadas, y los estudios proporcionan escasa información sobre las características específicas, tanto de los programas como de los niños, que pueden producir los beneficios más sustanciales.
2. Los programas para estos niños tienen efectos de una magnitud similar al de los programas dirigidos a los niños con Síndrome Down, pero con una variabilidad mucho mayor en sus resultados.

- Los programas en población con alteraciones motoras -

a) Programas

- Brandt y cols., 1980
- Carlsen, 1975
- Chee y Clark, 1978
- Kanda, Yuge, Yamori, Suzuki, 1984
- Scherzer, Miké e Ilson, 1976
- Sellick y Over, 1980
- Soboloff, 1981
- Wrigth y Nicholson, 1973
- Gluckman y Barling, 1980

b) Resultados más destacables

1. La naturaleza de la intervención con estos niños es predominantemente de índole clínica.
2. Existen efectos de la intervención como potenciadora del progreso motor del niño y estimuladora del apoyo y aceptación por los padres.

3. Aunque se hace difícil documentar o medir de forma objetiva los cambios positivos en los niños con este tipo de minusvalías, es importante señalar su contribución al más fácil manejo y atención física por parte de la familia.

Taft (1981), realiza una aportación personal, como fruto de su propia experiencia en este campo, sobre los beneficios de estos programas en esta población:

- 1) Se mejor relación entre padres e hijos
- 2) Se consigue una mayor motivación del niño para intentar nuevas tareas motoras
- 3) Se favorece una menor *compresión* paterna
- 4) Se consigue una adaptación más rápida y menos dolorosa de los padres a la minusvalía del hijo.
- 5) Se posibilita mayores grados de felicidad en el niño

- Los programas en población con problemas de autismo -

a) Programas

Estudios restringidos

- Beisler y Tsai, 1983
- Bloch y cols., 1980
- Cohen, 1981
- Groden y cols., 1983
- Harris y cols., 1982
- Johnson y cols., 1987
- Salvin y cols., 1977

Estudios amplios

- Fenske y cols. (en prensa)/ Strain, Hoyson, Jamieson, 1985
- Lovaas, 1980, 1982/ Hoyson, Jamieson y Strain, 1984

b) Resultados más destacables

1. El autismo es una minusvalía grave y compleja que no se modifica con intentos fortuitos o esporádicos de tratamiento; pero es posible enseñar a estos niños, principalmente, conductas adaptativas.
2. Parece ser que la eficacia de la Intervención Temprana sobre esta población está apoyada en cinco puntos claves:
 - 1). En un tratamiento conductista estructurado
 - 2). En la participación de los padres
 - 3). En un tratamiento lo más temprano posible
 - 4). En un tratamiento intensivo
 - 5). En los logros obtenidos en la generalización de las destrezas adquiridas a nuevos contextos.

- Los programas en población con deficiencia visual -

a) Programas

- Adelson y Fraiberg, 1974
- Allegheny County Schools, 1969
- Bregani y cols., 1981
- Fraiberg, 1977
- O'Brien, 1975
- Olson, 1983
- Rogow, 1982

b) Resultados más destacables

1. Parece que la Intervención Temprana tiene la posibilidad de ayudar al niño ciego a comportarse casi siguiendo las expectativas de desarrollo de los niños videntes.

2. En principio, no existen indicios lo suficientemente sólidos como para creer que el lugar de la intervención (centro, hogar o combinados) provoque diferencias significativas en el efecto de la intervención.

- Los programas en población con deficiencia auditiva -

a) Programas

Intervención Precoz e intervención tardía

- Balow y Brill, 1975
- Brasel y quigley, 1977
- Craig, 1964
- Greenstein, y cols., 1975
- Levitt, 1986
- Horton, 1975
- Liff, 1973
- Watkins, 1984
- Whithe y Whithe, 1986

Estudios documentativos sobre progresos del niño: comparación entre programas

- Greeberg, 1983, 1984
- Moores, 1985
- Musselamn, Lindsay y Wilson, 1985
- Quigley, 1969

b) Resultados más destacables

1. Las variables familiares influyen de una forma decisiva en el éxito de estos programas, por tanto el asesoramiento de a los padres y su implicación en los programas es un elemento indispensable en la eficacia.

2. El desarrollo desde las edades tempranas de un lenguaje sustitutorio al oral, o bien complementario, como es el de símbolos, es otro de los elementos importantes de cara a la eficacia de los programas.
3. La inclusión en el programa de personal especializado en audiolología y en el área de lenguaje y comunicación, también son elementos importantes a desarrollar en un programa de Intervención Temprana.

CONCLUSIÓN: LA ATENCIÓN TEMPRANA EN TÉRMINOS DE EFICACIA

La Intervención Temprana no sólo es posible, sino, que en la medida que manejemos unas u otras variables ambientales a lo largo del proceso de intervención, los resultados se diversifican, obteniendo distintos niveles de eficacia y, por tanto, de calidad en la misma.

Estas variables pueden ser múltiples, por tanto, también los elementos de la intervención pueden ser variados y las posibilidades múltiples si tenemos en cuenta que el efecto de esta influencia ambiental sólo tiene lugar a través del proceso de interacción que se establece con el organismo del sujeto. Quizás una variable concreta puede producir diferencias significativas en un grupo de población con una deficiencia o anomalía común, pero no en otro grupo de población con una anomalía de distinta naturaleza; quizás puede producir diferencias en un sujeto concreto, pero no en otro, pese a padecer un déficit de la misma naturaleza y con las mismas consecuencias orgánicas y psicológicas.

Cada sujeto es una individualidad específica y distinta a cualquier otro. El individuo cuenta con su propia dotación orgánica y con su propio contexto familiar y social, conduciéndole hacia unas experiencias y vivencias personales también propias, y las que, de alguna manera, provocan esa individualidad excepcional.

La eficacia de la intervención va a estar muy condicionada por el conocimiento que de ese sujeto podamos obtener, conocimiento que no siempre es suficiente con el apoyo que las leyes generales o teorías más vigentes sobre el ser humano nos puede prestar, prueba de ello son los pocos resultados concluyentes con los que podemos contar hasta el momento sobre las variables más determinantes en la eficacia de la Intervención Temprana.

La intervención en el campo de la Atención Temprana se complica notoriamente por la naturaleza de la población a quién va destinada esta intervención. Por un lado, se trata de una población con una problemática y complicación de orden orgánico muy variada, a veces muy conocidas y delimitadas, otras no tanto como desearíamos. Por otro lado, se trata de una población infantil con una edad cronológica inferior a los tres años, con unas características neuropsicológicas muy especiales, entre las más destacables podemos señalar: la situación de incertidumbre que todo proceso de desarrollo conlleva, la influencia ambiental, a veces muy indeterminada pero inherente a este proceso, y el efecto interactivo que establece con el organismo, y, lo que es más importante, la dificultosa tarea de interpretar o valorar este proceso por lo limitadas o poco indicativas que *nos pueden parecer* las manifestaciones externas del niño durante este periodo de la vida, no olvidemos que el campo de estudio de la primera infancia no excede de unas décadas.

Pese a los pocos resultados concluyentes sobre las variables más específicas y determinantes en la Intervención Temprana, no podemos negar que existe alguna que otra pista que puede ayudarnos a su selección, aunque sólo sea a niveles muy generales y orientativos, pero no por ello menos válidos.

A. El diseño de la intervención en términos de mayor o menor incidencia de las variables manejadas

Como producto de las diferentes aportaciones que desde la teoría de la primera infancia y de los estudios emprendidos en el campo de la actuación, tal y como hemos recogido en los apartados anteriores, se desprenden las siguientes líneas de actuación como las más destacables y alentadoras de cara a la eficacia de la Intervención Temprana:

a) La intervención mantiene mayores niveles de eficacia en aquellos programas donde se incluye a la familia que en los que sólo se interviene sobre el niño

La participación familiar de los padres sigue siendo considerada el factor decisivo para el mantenimiento de las mejoras conseguidas gracias a los programas una vez finalizada la intervención (Bryant y Ramey, 1989, 88)

1º Los efectos de las actividades emprendida con el niño en el centro pueden ser anuladas por el tratamiento que los padres realizan en el hogar, se hace necesaria la compatibilidad de la actividad así como la implicación de la familia en el tratamiento destinado al niño. La formación de los padre en habilidades básicas de tratamiento se convierte en un nuevo objetivo de la Intervención Temprana.

La investigación futura debería centrarse, entre otras cuestiones, en la búsqueda de nuevos enfoques de la participación de los padres, con objeto de atenuar su angustia y transmitirles destrezas prácticas para trabajar con sus hijos (Guralnick, 1989, 394)

2º La interacción que el niño establece con su cuidador desde el momento del nacimiento tiene importantes repercusiones en su desarrollo. Por tanto, los programas se preocupan de crear las condiciones necesarias, tanto en el niño como en la familia, para que esta interacción tenga lugar.

Las medidas dirigidas exclusivamente al niño han dejado paso a un tipo de intervención más centrada en la familia, que insiste en la importancia de la interacción entre los padres y el niño y procura facilitarla (Guralnick, 1989, 108)

En la década actual se ha iniciado un enfoque completamente nuevo en el campo de la Intervención Precoz para los niños en situación de riesgo biológico por causas biológicas....El nuevo tipo de intervención se centra en el fomento de la relación entre el niño prematuro y sus padres a través, por una parte, de la potenciación del comportamiento social del niño y, por otra, de la utilización de estrategias de formación de los padres.....en la iniciación del diálogo y en las respuestas que pueden dar a los vacilantes intentos de su hijo por comunicarse (Guralnick, 1989, 110)

A medida que la importancia del ambiente inicial proporcionado por el cuidador quedó más clara para los investigadores y profesionales en ejercicio, aumentaron los programas para estimular y mejorar el apego entre los padres y el infante (Barnard, 1976) (Bricker, 1991, 51)

3º Las variables ambientales más influyentes no son sólo las que se manejan en una situación artificial, es decir, bajo un control perfectamente articulado, sino las que discurren en el contexto natural y cotidiano en el que se ve envuelto el niño, ya no sólo durante el tratamiento, sino una vez que este ha finalizado. Las características del contexto familiar van a influir de forma decisiva en los efectos del programa, sobre todo en la permanencia de estos efectos una vez concluida la intervención.

Los niños con desventaja están más influidos por las condiciones de su hogar que por la manipulación externa de su ambiente escolar (Blatt y Garfunkel, 1969, 119-120).....Parece que es esencial prestar más atención a los elementos existentes dentro del ambiente del hogar para asegurar, al máximo, el efecto de la Intervención Temprana (Bricker, 1991, 48)

Para poder transmitir bienestar, seguridad, y un ambiente óptimo de desarrollo al niño a través de determinadas estrategias o vínculos afectivos, es necesario, en primer lugar, que los propios padres perciban o sientan ese bienestar o esa seguridad a partir del contexto donde se ven envueltos; para ofrecer las condiciones ambientales más idóneas, primero tendrás que contar con ellas.

Los resultados de los estudios emprendidos hasta el momento demuestran que los efectos de la intervención pueden ser invalidados o anulados después de que finalice el tratamiento. Es importante crear o potenciar un ambiente familiar lo más idóneo y duradero posible.

Aronson y Fallstrom (1977) han proporcionado datos sobre lo que ocurre cuando se interrumpe la intervención. En concreto, el seguimiento durante un año de su eficaz programa de intervención indicó que las diferencias entre los niños objeto de intervención y los del grupo de control se verían muy disminuidas si no se mantenían las condiciones de apoyo en el entorno (Guralnick, 1989, 190)

Los padres de niños con determinados problemas orgánicos o de riesgo biológico suelen presentar importantes conflictos personales y de relación, tanto a nivel de relación con el niño, donde las estrategias para conseguir el vínculo o interacción serán muy importantes, como propusimos en el punto anterior, como a nivel de *dinámica familiar general o incluso social*. Los padres no sólo van a necesitar un entrenamiento en habilidades de tratamiento al niño, o una preparación en el campo de la interacción con el hijo, sino una ayuda y apoyo mucho más amplia. Los padres tienen que asimilar y asumir, de la forma más positiva posible, las características de su hijo, pero no sólo sus características, sino sus posibilidades reales de cara al futuro; además tienen que encontrarse o sentirse capacitados para emprender el apoyo familiar que su hijo necesita, y aquí entra a jugar un papel muy importante los apoyos específicos que puedan encontrar fuera del

contexto familiar, concretamente de los servicios de prestaciones sociales, sanitarias y educativas.

La relativa falta de eficacia de los programas que contemplan la participación de los padres, puede deberse, en gran medida, a que las personas encargadas de la formación de los padres en los domicilios dedican a veces demasiado tiempo a enseñarles actividades y procedimientos concretos, sin ayudarles a integrar sus ideas ni prestarles apoyo emocional (Bryant y Ramey, 1989, 87)

Sólo en la medida que esta nueva dimensión familiar sea cuidada en los programas, podremos optar hacia la consecución de habilidades familiares verdaderamente útiles y efectivas, y hacia interacciones entre el niño y sus cuidadores reales y no ficticias, engañosas e inútiles para los efectos esperados.

Muchos programas de intervención centran su atención inicialmente en ayudar a los padres a que se sientan a gusto con sus infantes y a que acrecienten la seguridad de que pueden atender y satisfacer adecuadamente sus necesidades (Bromwich, 1981). Una vez que los padres se sienten a gusto y tienen control de la situación, se suelen indicar estrategias para hacer más rico en estímulos el ambiente del infante (Bricker, 1991, 53)

Los efectos en el tratamiento de la población de alto riesgo de deficiencia por causa ambiental, van a quedar principalmente condicionados por las posibilidades que ofrece el manejo de este factor ambiental. A partir de esta dimensión, los efectos de la intervención se ven triplemente favorecidos

- Facilita la adquisición de habilidades para el tratamiento del niño
- Facilita la instalación del vínculo afectivo
- Facilita el desarrollo integral del niño, tanto a corto o a largo plazo, en la medida que proporciona un ambiente óptimo para ello.

Cada vez son más los programas que consideran a la familia como un miembro esencial del equipo de intervención.....Un principio básico de la participación familiar es comenzar la intervención lo bastante temprano para impedir o minimizar la aparición de relaciones potencialmente difíciles o provocadoras de ansiedad entre los padres o la familia y el niño. Un segundo principio de la participación familiar se centra en la necesidad de un enfoque ecológico de la intervención para asegurar el máximo desarrollo en el niño retrasado.....Es necesario que todos los elementos del entorno del niño trabajen coordinadamente para que se obtenga el máximo beneficio de la intervención. Es probable que un programa preescolar excepcionalmente bueno sólo pueda compensar parcialmente los efectos de un medio postescolar que no es estimulante. Es necesario coordinar las expectativas del hogar y la escuela, lo que exige que el diseño de un programa de intervención incluya tantas facetas de la vida del niño como sea posible.....Los programas de intervención que implican a la familia se basan en una combinación equilibrada de las necesidades emocionales familiares, en la información y asistencia dentro de la comunidad y en el desarrollo de destrezas (Guralnick, 1989, 166-167)

La Intervención Temprana se presenta así bajo tres grandes modalidades: dirigida al niño, dirigida a la familia o dirigida a ambos. Tal y como hemos podido ir comprobando, los efectos producidos sobre el niño sin la intervención de la familia, son reales, pero es indudable que son mucho más importantes cuando queda incluida la familia, sobre todo una vez que la intervención ha concluido; quizás también es importante señalar que la intervención familiar adquiere un mayor protagonismo en la intervención frente a determinado grupo de población, como es el de alto riesgo de deficiencia por causa ambiental, de hecho, este riesgo viene determinado la mayoría de veces por la situación específica en la que se encuentran sus miembros.

Pero una vez más, las peculiaridades de cada caso pueden exigir un mayor nivel de participación que otros. Por ejemplo, habrá situaciones donde la familia, debido a sus

condiciones personales, en materia de capacidad o disponibilidad para afrontar la situación, requieran un mayor o menos grado de intervención sobre la misma que otras.

También la modalidad de la prestación de servicios, en el centro o en el hogar, es fruto de estos resultados en los que la familia es elemento importante de cambio. Se han desarrollado, como hemos comprobado, programas basados en una intervención en el hogar, otros en el centro y otros donde se han combinado ambas. Al igual que con la atención al niño o a la familia, parece que los mayores efectos surgen de la combinación de ambas modalidades.

Las visitas al hogar, por sí solas, no son suficientes de cara a la modificación o mejora de la capacidad intelectual. Los efectos aumentan algo, cuando se añaden intervenciones médicas y educativas o cuando se realizan actividades de formación de padres en el centro. Y los efectos son muy significativos cuando los niños asisten al centro y las familias reciben formación específica (Bryant y Ramey, 1989, 85)

b) La eficacia de la intervención en función de la metodología utilizada

1º En el desarrollo de estrategias de Intervención Temprana, *se ha pasado de un cierto protagonismo de los enfoques tecnológicos*, propio de los inicios de la disciplina, *ha enfoques mucho menos rígidos y más abiertos* a las expectativas del proceso de la intervención.

Si bien no existen investigaciones concretas, en el campo de la Intervención Temprana, sobre los niveles de eficacia obtenidos por una u otra estrategia de intervención, sí han sido muy usuales en el campo de la educación, concretamente en el escolar, donde los resultados han influido considerablemente sobre la elección de una u otra metodología, prueba de ello es la clara tendencia hacia enfoques más de naturaleza procesual, humanística o ecológica que de naturaleza tecnológica. Pese a todo ello, no podemos olvidar que las estrategias tecnológicas, apoyadas en los principios conductistas *de modificación de conducta* han tenido un fuerte peso en el

tradicional tratamiento a la minusvalía, a veces con más justificación que otra; lo que está claro es que tampoco podemos olvidar esta posibilidad, lo que ofrece en determinados casos y los resultados que se pueden desprender de la misma.

Las raíces históricas de los programas de Intervención Temprana para niños con deficiencias documentadas subyacen en los programas diseñados, en el campo de la Educación Especial, para niños mayores que emplearon los principios derivados del análisis experimental de la conducta, acogiéndose así a estrategias de enseñanza propias de la metodología tecnológica de la educación.

La naturaleza de la población institucionalizada requería a menudo la aplicación rigurosa de técnicas de modificación de conducta para lograr el control de la conducta del niño antes que se pudiera realizar algún intento de introducir un programa educacional dirigido a la adquisición de nuevas destrezas. El trabajo y la tecnología derivados de la focalización en poblaciones tan desviadas fue algo transferido a los programas para niños más pequeños que vivían en sus hogares (Bricker, 1989, 53)

Las nuevas investigaciones de origen cognitivo comienzan a ejercer su influencia sobre el modo o las estrategias educativas basadas en el enfoque tecnológico. Sus propios postulados teóricos sobre el ser humano, su conducta y el desarrollo de la misma a través de procesos internos, sobre los que no vamos a volver a incidir por la dedicación que le hemos prestado en apartados anteriores, propician planteamientos de la enseñanza menos rigurosos y cerrados y mucho más amplios y flexibles, donde no todo puede estar diseñado en el plan inicial y en los objetivos propuestos, sino que el desarrollo de este plan tiene que dar lugar a cuestiones no siempre controlables previamente porque el niño tiene mucho que *decir* en el proceso de la intervención, lo que normalmente tienen una gran trascendencia en términos de efectos producidos.

Si bien la aplicación de estrategias educativas basadas en técnicas de conducta ha sido eficaz en muchas situaciones y para determinados grupos de niños, los investigadores con una orientación más cognitiva han puesto en entredicho la utilidad y las posibilidades de

generalización de las destrezas enseñadas a los niños en condiciones tan rigurosamente controladas y estructuradas. Es posible que estos regímenes tiendan a minimizar la flexibilidad y adaptabilidad, al reforzar a los niños por la fidelidad estricta a una estructura impuesta por un adulto. El uso de la imaginación, la iniciación de conductas originales y las variaciones en las actividades ordinarias específicas no son fomentados y pueden, incluso, llegar a ser desaprobados. Además, se ha utilizado la tecnología para enseñar respuestas específicas, y no para ayudar a los niños a desarrollar estrategias generativas (Guralnick y Bricker, 1989, 166)

Muchas veces se ha identificado, quizás provocando mucha confusión, cada uno de estos enfoques metodológicos con posturas muy concretas y también discutidas, como comprobaremos en el punto siguiente, sobre las expectativas de cambio o efectos esperados sobre el sujeto a partir de la intervención.

Lógicamente si partimos de una teoría o enfoque, bien conductual, bien cognitivo, para establecer o escoger una determinada estrategia educativa, es de suponer que buscaremos un cambio o unos efectos en el sujeto también marcado por el enfoque teórico del que partimos, es decir, nuestra meta u orientación será conseguir determinadas destrezas que permitan el funcionamiento o desenvolvimiento del sujeto en determinados ambientes, por ejemplo las de autocuidado, o bien conseguir el desarrollo de determinados procesos internos al sujeto que permitan la solución de problemas, el equilibrio personal o la autoestima, todo ello constructos. Pero esto siempre no es así, y aquí llega la confusión.

Pese a partir de unas expectativas de cambio en el sujeto en términos de conducta observable y operativizada que pueda ser funcional y útil para el niño en su desenvolvimiento cotidiano, es decir partimos de un enfoque conductista, podemos utilizar estrategias de enseñanza de naturaleza procesual y no tecnológica, un claro ejemplo de ello lo encontramos en la siguiente cita:

En los abordajes curriculares donde el plan de lecciones diarias está predeterminado, el niño tiene poca oportunidad de afectar el contenido de los planes de lección diaria; por el contrario, la lección ha sido especificada previamente. Otros abordajes pueden especificar las metas y objetivos para el niño, pero dejan que la implementación sea decidida en parte por los hechos que ocurren en el ambiente y que interesan al niño. Por ejemplo, una meta de entrenamiento puede ser ayudar al niño al uso de una cantidad mayor de frases con agente-acción-objeto, y más que emplear un ejercicio específico de un conjunto numerado de frases predeterminadas, los intervencionistas aprovechan las oportunidades que surjan durante el día para dirigir esta actividad (Bricker, 1989, 54)

De igual forma, pese a partir de unas expectativas de cambio del sujeto en términos de desarrollo de determinadas pautas inherentes a un proceso interno, sea por ejemplo, el intelectual o cognitivo, desde un enfoque puramente cognitivo, podemos establecer o desarrollar unas estrategias de enseñanza de naturaleza tecnológica, a veces implícitamente y casi de forma involuntaria; sirva de prueba la siguiente cita:

En gran medida Piaget, sus intérpretes norteamericanos..... generaron el impulso para que los intervencionistas tempranos consideraran el impacto de sus esfuerzos de intervención en lactantes y niños con discapacidad. Estos teóricos e investigadores agruyeron que más que la adquisición de destrezas individuales, la empresa educacional debía ser ayudada mediante la adopción de una estructura teórica que guiará la naturaleza y el contenido de los esfuerzos de intervención curricular temprana.....En el esfuerzo inicial, muchos intervencionistas operacionalizaron las conductas sensoriomotoras y comunicativas tempranas en un conjunto de destrezas independientes para ser adquiridas respuesta por respuesta bajo condiciones estructuradas. Nuevamente, el niño fue visto como un receptáculo pasivo, que contribuía poco a la empresa de entrenamiento, aun cuando Piaget (1970) había reclamado la necesidad....de motivar activamente al niño en el descubrimiento de la naturaleza del ambiente físico y social (Bricker, 1989, 53)

Una vez realizada esta aclaración y volviendo a nuestro punto de partida, existe una clara y justificada tendencia hacia posturas más procesuales en el planteamiento de estrategias de intervención en detrimento de las más puramente tecnológicas. Pero sin olvidar, que no por ello deja de ser importante la tarea de mantener unas metas y objetivos muy claros y perfectamente establecidos desde los inicios de la intervención, pero siempre dejando posibilidades a los acontecimientos que puedan surgir durante su aplicación, donde las manifestaciones, inquietudes, deseos, motivaciones y nuevas necesidades del niño van a ser una cuestión muy importante a tener en cuenta. Al mismo tiempo, hay que prestarle una doble atención a la detección o evaluación de los progresos del niño en función ya no sólo de los objetivos previamente establecidos sino a los sugeridos a lo largo del proceso; al convertirse en una situación menos rígida y más flexible este control se convierte en una tarea mucho más difícil.

- 2º Otra de las variables metodológicas a tener en cuenta en el diseño de la intervención es la *intensidad y duración de los mismos*. Ha quedado suficientemente demostrado que los programas en los que se establece un mayor número de contactos, tanto con el niño como con la familia, así como los que tienen una mayor duración producen efectos significativamente superiores, no sólo a corto plazo, sino de forma muy decisiva, a largo plazo. Aunque lógicamente, se insiste en que no sólo está determinado por la cantidad sino y, de forma muy especial, por la calidad del mismo, tanto a nivel de metodología desarrollada, como a nivel de contenido en el mismo, es decir, en la capacidad de considerar las variables ambientales más relevantes, a las que le hemos dedicado todo este apartado.

La duración, la calidad y el contenido de una acción de Intervención Temprana determinará, sin duda, el tiempo que dure el efecto del programa (Bricker, 1991, 98)

B. El diseño de la intervención en términos de los efectos esperados o perseguidos

En el diseño de la intervención entra en juego, además de una selección adecuada de las variables ambientales más destacables o influyentes, las que además permiten establecer la metodología de la intervención más idónea, la delimitación o concreción de los efectos esperados, y esto sólo es posible en la medida que hayamos establecido, previamente al diseño, las variables sobre las que queremos producir el cambio. Los efectos esperados suelen agruparse en tres tipos:

Efectos Directos:

- Sobre el niño
- Sobre la familia

Efectos Indirectos:

- Sobre el niño y la familia
- Sobre la sociedad

Atendiendo a las definiciones que Guralnick y Becker (1989) proponen sobre estos efectos, podemos decir que se entiende por *efecto directo*, los fines y objetivos del programa diseñados con el fin de alterar la conducta del niño y la familia cercana. El *efecto indirecto* hace referencia a cambios en el niño y los miembros de la familia que permiten el mantenimiento del niño en el ambiente menos restrictivo por lo que respecta a la situación educativa; y el *efecto indirecto sobre la sociedad* es en términos de beneficios para ésta, debido que los padres mantienen con mayor frecuencia el niño en casa, reduciendo así los costes comunitarios en instituciones y asistencia.

Pasemos a revisar cuáles son los efectos más comúnmente contemplados en los programas de intervención hasta el momento.

a) Los efectos sobre el niño

- 1º Normalmente estos efectos son medidos en términos de desarrollo y adquisición de determinadas pautas del desarrollo esperadas desde un enfoque *desarrollista*, basado de forma muy especial en los hitos de desarrollo de la población *normal*, y muy condicionada por los enfoques cognitivos; o bien, en términos de habilidades o destrezas funcionales², basada principalmente en las necesidades funcionales y específicas de cada niño de cara a su desenvolvimiento individual y social, condicionada esta postura por el enfoque conductista.

Ambas posturas ha creado un gran conflicto en el campo de la Intervención Temprana, pero pese a la fuerza que en los inicios adoptaron las expectativas de naturaleza más conductista, lógico, si tenemos en cuenta, como ya dijimos, que el origen de la Atención Temprana tiene importantes raíces en el tradicional contexto de la Educación Especial, hoy por hoy, las expectativas están apoyadas en expectativas más de índole *desarrollista*.

De hecho, la población a quien se destina la intervención ya cuenta con unas características muy distintas a la población tradicional de la educación especial (edades muy tempranas, situación de alto riesgo de deficiencia por causa biológica o ambiental, sin padecimiento, en principio de anomalías orgánicas que conduzcan a la deficiencia).

Pero los cambios más importantes han llegado en manos de las distintas teorías y estudios emprendidos en el campo de la primera infancia, como ya pudimos comprobar. Un cambio o aportación importante está en manos de la psicología cognitiva, e incluso de la psicoanalítica, y posteriormente de teorías más integradoras, como es la ecologista, donde no sólo han demostrado que el ambiente

²Para *Bricker (1989)*, una conducta o respuesta es funcional cuando ésta puede llevara al sujeto a adquirir mayor independencia y adaptabilidad, por tanto, cuando es útil y práctico para su desenvolvimiento individual y social

es importante en el desarrollo del niño, sino la interacción de éste con el organismo del sujeto, por tanto, hay unos procesos internos, y esos procesos internos hay que potenciarlos y favorecerlos en su período de desarrollo, dándonos así posibilidad a la prevención.

La consecución de una determinada conducta, o la evitación de otra, como por ejemplo es la autolesiva, es importante, tanto si nos situamos en el campo del conductismo, como si lo hacemos en el del cognitivo o psicoanalítico; pero ¿cuál es el método que vamos a utilizar para evitar esa conducta?. Para unos, como la conducta sólo tiene un origen o causa de aprendizaje ambiental, y en el caso de depender de cualquier otra variable interna es imposible incidir en ella, su método se basará en estrategias que utilizan las contingencias ambientales necesarias para reducir la aparición de dicha conducta; otros, sin embargo, para los que los procesos internos sí tienen algo que decir, acudirán a estos procesos, para ellos, la causa más directa, con el fin de reducir la aparición de dicha conducta, lógicamente a través de la manipulación ambiental que incide en esos procesos o constructos.

La Intervención Temprana tiene una especial misión en proporcionar las bases o los pilares fundamentales neuropsicológicos para que la manifestación o expresión conductual futura sea lo más acorde y adecuada posible a las exigencias socioambientales en las que se va a desenvolver el sujeto. Proporcionar estas bases supone incidir en el desarrollo de los procesos internos que van a posibilitar esta manifestación conductual, su misión es principalmente preventiva. Y ello es una clara confirmación de las bases *desarrollistas*, y no tanto *funcionalistas*, sobre las que están apoyadas la mayor parte de programas desarrollados hasta el momento.

Aunque algunas de las técnicas de intervención parezcan infringir las pautas normales de desarrollo, como ocurre cuando se utilizan métodos sustitutivos de comunicación, van destinadas a que el niño conserve o recupere una vía compatible con los principios y procesos generales de desarrollo. La mayoría de los enfoques terapéuticos tradicionales,

independientemente de la disciplina, coinciden con ello. Por mucho que los modelos de desarrollo se diferencien de un programa a otro, siguen siendo modelos de desarrollo de uno u otro tipo. Además este enfoque acoge un fuerte componente preventivo, diseñado principalmente para mantener las condiciones, cuando estas son apropiadas desde el punto de vista del desarrollo, y para minimizar la aparición de cualquier complicación secundaria (Guralnick y Bennett, 1989, 25)

Ahora bien, no podemos olvidar que la Intervención Temprana también se enfrenta a los graves problemas que muchas lesiones orgánicas producen en términos de discapacidad y minusvalía. Frente a estos casos las posibilidades de desarrollo de procesos internos, por ejemplo cognitivos, son muy reducidas, sino a veces casi imposibles. Es aquí donde las expectativas tienen que acercarse a planteamientos mucho más funcional de la conducta. Ante la imposibilidad de proporcionar las bases para determinadas conductas, debemos aprovechar las posibilidades que las técnicas de modificación de conducta nos ofrecen, y optar por la consecución de determinadas conductas funcionales y útiles para el sujeto; al fin y al cabo es con lo único que puede contar para desenvolverse mínimamente en un contexto social, sea éste únicamente el familiar. Prueba de ello, es el efecto que estas expectativas han tenido con los niños autistas, quizás otras nunca hubieran producido los mismos efectos. Siempre habrá que cuidar, de manera muy especial, las posibilidades de generalización que tienen cada una de estas conductas.

El autismo es una minusvalía grave y compleja que no se modifica con intentos fortuitos o esporádicos de tratamiento. A través de la educación y le tratamiento es posible enseñar a los niños autistas conductas adaptativasSe necesitan nuevos medios para promover la generalización de las destrezas adquiridas en la escuela de salud o en la clínica a contextos naturales (Simeonsson y Olley, 1989, 394)

Lo importante es conocer las limitaciones o posibilidades que una expectativa u otra pueden ofrecer al sujeto en términos globales, y a partir de ahí tomar la decisión más

adecuada. En muchas ocasiones, lo importante es combinar ambas, pero siempre en la medida que cada una se ajuste a la necesidades y posibilidades reales del individuo.

Una última cuestión suscitada entorno a la utilización de los hitos del desarrollo normal del niño como expectativa de los programas, ha sido los problemas que en ocasiones este criterio suele crear, concretamente con la población con deficiencia documentadas, para evaluar los cambios y avances del niño, y por tanto, para ayudar y orientar al diseño de la intervención. Son muchos las propuestas que en la actualidad se realizan para el desarrollo de pruebas o currículos específicos para determinadas deficiencias. Pero para ello, es indudable, que debemos avanzar más en el conocimiento de las pautas de desarrollo que de forma general siguen los niños englobados bajo una anomalía concreta. Las citas siguientes tratan de reflejar las lagunas que para algunos autores existen en este campo, así como la necesidad de ser solventadas.

Greenberg y Calderón (1984) señalaron las muchas dificultades que se plantean cuando se aplican medidas desarrolladas para niños normales a niños pequeños sordos, particularmente en el campo del sonido y del habla (Meadow-Orlans, 1989, 456)

Sería necesario utilizar distintas medidas de la competencia intelectual (y no sólo el CI) para poder diseñar programas dirigidos a la mejora de los procesos cognitivos más vulnerables en los niños de alto riesgo (Bryant y Ramey, 1989, 90)

Las expectativas necesitan ajustarse a la realidad de que los cambios notables en los niños disminuidos son la excepción más que la regla. Aunque la meta de alcanzar un desempeño normal quizá no esté al alcance de muchos niños, esto no significa que deban atenuarse o reducirse los esfuerzos de ayuda al niño disminuido. Más bien, las expectativas deberían consistir en aceptar un progreso consistente hacia el logro de una conducta independiente y satisfactoria, inclusive si no existen evidencias de cambio en los instrumentos estandarizados más tradicionales. Dichos cambios de expectativas exigen que se formulen otros índices confiables y válidos del progreso del niño (Bricker, 1991, 100)

La mayoría de los niños siguen una ruta estipulada, pero eso no significa que el especialista que hace la intervención no pueda o no deba considerar variaciones cuando un niño tiene una incapacidad que le imposibilita avanzar por la ruta común. El modelo del desarrollo es útil sólo cuando se considera y aplica con un entendimiento fundamental de las diferencias individuales (Bricker, 1991, 17)

.....es posible sin duda que la falta de estas relaciones y la escasez de las mejoras encontradas en los estudios revisados en esta sección, según pruebas tipificadas del desarrollo general, puedan reflejar una carencia de sensibilidad de los instrumentos para la detección de cambios apreciables, dado que la mayoría de las pruebas no estaban diseñadas para niños con retrasos importantes. De hecho, la elaboración de instrumentos de evaluación significativos y apropiados para muchos grupos de niños minusválidos continúa siendo una importante tarea para el futuro (Guralnick y Bricker, 1989, 210)

- 2º Los programas más recientes tienden hacia una clara renovación de las expectativas que guían la intervención y dan paso a la evaluación de los efectos. Se pasa de un enfoque centrado en destrezas preacadémicas y posteriormente en determinadas áreas del desarrollo (cognitiva o motora), a un enfoque basado en la globalidad del niño, donde el resultado en todas y cada una de las áreas del desarrollo es importante, y donde las dimensiones socio-afectivas van a comenzar a jugar un papel que no habían desempeñado hasta el momento.

Un examen de los recursos curriculares y de medición usados por los programas sugiere la importancia adjudicada a las destrezas preacadémicas. Sin duda, el formato instructivo seguido por muchos programas destaca el foco académico.....una negación curricular ha sido el desarrollo sociocomunicativo o pragmático. Como hemos indicado anteriormente (Bricker y Carlson, 1981; Bricker y Schiefelbusch, 1984), los intercambios sociocomunicativos tempranos entre el niño y su ambiente social pueden servir de importante basamento para la estructura pragmática conceptual más avanzada del uso posterior del lenguaje. Es obvia la importancia de adquirir destrezas no académicas, sociales y comunicativas para obtener éxito en la escuela

y luego en la vida, y es necesario que los programas consideren la inclusión de estas áreas y actividades (Bricker, 1989, 55)

Una vez más tenemos que insistir en que, la justificación o meta de la Atención Temprana no está tanto en proporcionar determinadas destrezas útiles para el desarrollo académico posterior, de hecho, son muchos los niños tratados que apenas consiguen unos años de escolarización, como en proporcionar las bases que facilitarán el desarrollo de esas destrezas o habilidades a través de conseguir mejores niveles de desarrollo de los procesos inherentes a dichas habilidades.

Los efectos esperados o valorados en términos de eficacia del programa no sólo pueden estar orientados hacia un área concreta del desarrollo, sea esta la cognitiva-intelectual, quizás la más utilizada en los programas generales, o la motora, muy usual en los programas de niños con alteraciones motoras. Por un lado, debido fundamentalmente a que la intervención no sólo puede ir destinada a mejorar o facilitar una única área de desarrollo, pese a ser la más alterada en algunos tipos de deficiencias, sino que debe facilitarse un desarrollo global y lo más armonioso posible del niño; el niño es una unidad y la intervención debe adquirir un tratamiento integral; al menos, la naturaleza de la Intervención Temprana así lo exige, como ya hemos dicho insistentemente.

La mayoría de los programas que proporcionan servicios a niños con retaso tienden a ofrecer actividades educativas en diversas esferas del desarrollo. La naturaleza global de estos programas resulta apropiada porque, por definición, estos niños tienden a mostrar carencias en muchas áreas críticas de funcionamiento. Con frecuencia es necesario ayudar al niño a mejorar sus destrezas en las áreas cognitiva, de comunicación, social, de autonomía y motora, lo que hace obligatorio un enfoque curricular exhaustivo (Guralnick, 1989, 164)

Pero por otro lado, comienza a percibirse que el tratamiento o las expectativas centradas en un área concreta del desarrollo, puede dejar escapar otros beneficios igual de importantes de la Intervención Temprana, es decir, la intervención puede estar produciendo, o puede producir, unos cambios importantes en el niño que, por centrarnos o *cegar*nos sobre una determinada área, somos incapaces de percibir y, claro está, de valorar.

Muchas veces, pese a la poca incidencia que se puede realizar sobre determinadas áreas de desarrollo, como por ejemplo es la cognitiva, fundamentalmente en los casos de deficiencias documentadas profundas, debemos prestar una gran atención a otras áreas o expectativas que pueden ser de gran beneficio para el sujeto, como es la calidad de vida en términos de bienestar y felicidad individual. La Intervención Temprana no siempre puede ampliar o crear grandes posibilidades en el terreno de la capacidad intelectual o motora, pero sí puede abrir la puerta a estados mucho más agradables en el terreno afectivo del sujeto.

Los programas más recientes de Intervención Temprana, sin olvidar o dejar de lado la importancia de ciertas áreas de desarrollo como es la cognitiva o motora, comienzan a contemplar o valorar los efectos del programa en términos mucho más amplios, al menos se percibe como una nueva tendencia, prueba de ello son las siguientes manifestaciones:

Recomendamos que los sistemas de evaluación no se limiten a las medidas primordialmente cognitivas y evalúen resultados potencialmente importantes de la Intervención Precoz que, por lo general, han sido excluidos hasta la fecha. Las medidas de competencia social, motivación.....y destrezas de resolución de problemas son de particular importancia (Guralnick y Bricker, 1989, 215)

Es posible que la escasez de las mejoras encontradas en los estudios revisados en esta sección pueda deberse a que se estuvieran produciendo cambios importantes en áreas no medidas por las evaluaciones de los programas de Intervención Precoz. No se realizaron mediciones de las

mejoras en competencia social, estabilidad emocional, características motivacionales.....; todas ellas importantes consecuencias potenciales de la Intervención Precoz (Guralnick, 1989, 210-211), refiriéndose concretamente a una población con retrasos cognitivos y generales del desarrollo de origen biológica

Mientras en la mayoría de los estudios precedentes se examinaban los efectos del tratamiento sobre el progreso de las distintas variables motoras, la investigación futura debe enfocarse a evaluar los efectos de esta Intervención Precoz sobre variables dependientes como la adaptación de los padres y el niño a la discapacidad, la interacción padres-hijo y el grado de motivación y autoestima del niño.....Debemos tratar de mejorar la calidad de vida de los niños con minusvalías motoras y la de sus familias (Harris, 1989, 265), refiriéndose concretamente a la población con minusvalía motora

b) Los efectos sobre la familia

Por último, es imprescindible señalar el progresivo papel que la familia va adquiriendo en la evaluación de los efectos de los programas. La intervención ya no sólo tiene como objetivo el cambio en el niño, sino también en el de la familia. Los programas comienzan a evaluar los efectos producidos en determinadas variables familiares, concretamente en tres variables: La adquisición de destrezas o habilidades de instrucción³, los cambios en la interacción con el hijo⁴ y, más recientemente, como influencia de los enfoques ecológicos y comunitarios, los cambios en la calidad de vida⁵.

La eficacia de una Intervención Temprana ya no sólo está condicionada por los cambios producidos en el niño, tanto de forma directa, como indirectamente por la familia, sino por los beneficios que esta intervención puede tener sobre el propio contexto familiar; beneficios que, tarde o temprano, siempre tendrán una proyección sobre el niño.

Investigadores, evaluadores y diseñadores de programas deben tratar de conseguir una colaboración familiar mejor informada y reconocer de modo más completo las implicaciones

³Backer y cols., 1979/1980; Bidder, Bryant y Gray, 1975; Adubato, Adams y Budd, 1981

⁴Levenstein, 1970; Christophersen y Sykes, 1979; Ramey y cols., 1983

⁵Heber y Garber, 1975; Field, 1981; Rescola y Zigler, 1981

de un enfoque ecológico más amplio de la intervención (Bronfenbrenner, 1977). Parece ser especialmente importante tomar en consideración dimensiones como las redes de apoyo social.....Por otra parte, podría ser de utilidad en próximos programas la adopción de un enfoque algo menos directivo, y quizás menos artificial, sobre la intervención, que el descrito por estudios existentes, confiando más en la integración de las actividades de intervención en el curso natural de los acontecimientos de la familia y la escuela (Guralnick y Bricker, 1989, 215)

Podemos concluir diciendo que, pese a que la teoría o el campo de conocimiento sobre la primera infancia, o sobre la evolución y características de determinadas deficiencias orgánicas, siga aumentando y enriqueciéndose progresivamente, cosa muy necesaria y a la que debemos tender, siempre quedará una laguna que el propio sujeto encargado de diseñar y aplicar la intervención tendrá que cubrir con el fruto de su reflexión, selección y toma de decisiones. Mientras el individuo destinatario de la intervención siga siendo una peculiaridad e individualidad tan compleja y única, las lagunas en la intervención, en mayor o menor grado, siempre seguirán existiendo. Por ello, en la mayoría de ocasiones el mayor nivel de efectividad y, por tanto, de calidad de la Intervención Temprana va a quedar a merced de las propias decisiones y aplicaciones que sea capaz de desempeñar el encargado o encargados de su diseño y ejecución.

La adecuación de una selección de contenido, de metodología o de expectativas de la intervención queda sujeta al conocimiento que hayamos sido capaces de extraer del sujeto destinatario de la misma, pero no sólo del sujeto como elemento aislado, sino del sujeto como elemento integrante de un determinado contexto socioambiental; este conocimiento nos debe permitir establecer y determinar las necesidades y posibilidades concretas del niño, y a partir de ahí, adecuar o acomodar la mejor intervención a través de una selección de los mejores o más idóneos elementos que la van a conformar; para lo que, lógicamente, será necesario conocer toda la gama de posibilidades que estos elementos nos ofrecen a partir de la teoría existente al respecto.

C. La investigación sobre los programas como alternativa a la ampliación y enriquecimiento de la teoría existente

Para Bricker (1991), la frustración respecto de la evaluación de los esfuerzos de Intervención Temprana es producto de los grandes problemas metodológicos que presenta la investigación en este campo, suscitados, en gran medida, por el tipo de población atendida, por las medidas a aplicar, por las lagunas implícitas en los diseños de la investigación, por la naturaleza tan especial de las relaciones entre variables independientes y dependiente y los recursos, así como por las dificultades inherentes a la investigación en el contexto educativo.

1. Los parámetros de *población* de los lactantes o niños con alteraciones biológicas constituyen un dilema de evaluación por tres razones (Garwood, 1982):
 - a) Hay pocos niños con discapacidades, en comparación con los niños normales o en riesgo.
 - b) La población con discapacidades es más heterogénea.
 - c) Tienen a menudo alteraciones específicas que interfieren con los patrones de respuesta normales.

Esta realidad crea serios problemas cuando se emplea la metodología de evaluación más tradicional, lo que requiere el uso de pruebas estandarizadas, controles y asignación de los grupos al azar

2. Es difícil disponer de las *medidas* apropiadas para el control de los efectos o el cambio producido; problema que ya hemos tratado anteriormente. Hay un gran número de medios de evaluación para lactantes y niños preescolares (Cross y Johnston, 1977), pero la mayoría de ellos fueron desarrollados para su empleo en

niños normales. Sin duda, a medida que el rendimiento del niño difiere más del desarrollo normal, las medidas que fueron estandarizadas con niños normales son menos aplicables y útiles. La documentación del progreso requiere estrategias amplias y que respondan a cambios relativamente pequeños en la conducta del niño. Las limitaciones de las pruebas con normas de referencia ha llevado al desarrollo de medidas con criterio de referencia útiles para la valoración y diseño de intervenciones desarrolladas en contextos muy específicos, pero, la mayoría de veces, carecen de la validez y fiabilidad necesarias.

3. Dada la dificultad de conseguir muestras y controles adecuados, muchos procedimientos estadísticos tradicionales tienen una aplicación muy limitada (Sheehan y Keogh, 1982). El investigador se enfrenta al dilema de aplicar *diseños* y análisis que no son apropiados para la población que estudian y, por tanto, no pueden ser generalizados sus resultados, o bien usa procedimientos de investigación que carecen del rigor científico suficiente.
4. La tarea de armonizar las variables dependientes e independientes en un estudio es imprescindible pero no siempre es real. Las medidas dependientes reflejarán el énfasis del programa; sin embargo, a menudo hay una falta de relación entre el énfasis del programa y el contenido de la medida seleccionada para evaluar el impacto de la intervención. La elección de una medida que no es congruente con las expectativas del programa puede conducir a resultados equivocados, y la falta de medidas apropiadas, a menudo, obliga a tales elecciones.
5. Normalmente, la investigación emprendida en este campo carece de los *recursos* materiales y humanos suficientes para llegar a resultados verdaderamente científicos. Son muchos los programas que no cuentan con los recursos financieros necesarios para realizar evaluaciones sistemáticas confiables de los procedimientos de recolección de datos o el personal adicional independiente para efectuar sesiones

previas y posteriores a las pruebas. El seguimiento de los niños que han completado un programa significa un considerable esfuerzo financiero y de recursos humanos, si se pretende que los datos de seguimiento sean lo suficientemente aptos (Gray y cols., 1982)

La investigación en intervención terapéutica temprana continuará posiblemente como experimentos confusos que no pueden ayudar en forma realista al logro de una investigación de laboratorio controlada (Baer, 1981)/ (Bricker, 1989, 60)

La alternativa a todos estos problemas en el campo de la evaluación del impacto de los programas de Atención Temprana puede ser doble, pero lo importante es que ambas se lleven a cabo de forma complementaria:

- a) Seguir trabajando en la mejora y progreso de la metodología de investigación experimental, así como en su implementación y desarrollo para la evaluación de los programas.
- b) Incorporar una nueva metodología de investigación basada en el enfoque cualitativo, la que puede servir para superar las lagunas de los métodos cuantitativos, convirtiéndose así, no sólo en un instrumento sustitutorio de la investigación experimental, sino complementario. No cabe duda, que los resultados podrán ser más amplios al verse enriquecida sus posibilidades de obtención.

No podemos negar la gran disputa que ha existido, y sigue existiendo, en el campo de las ciencias sociales en torno a estas dos alternativas de investigación, y sobre la que no nos vamos a detener. Pero no cabe duda, que, pese a las limitaciones que uno u otro pueden presentar, ambos tienen algo que ofrecer; por tanto, cerrar la puerta a uno u otro supondría reducir las posibilidades de mejorar y avanzar en el campo de la Atención Temprana. Todo lo que pueda contribuir a una mayor explicación y comprensión de los procesos que transcurren en este campo de actuación, beneficiando, en última instancia, al sujeto destinatario de la misma, siempre debe ser susceptible de atención. Lo

importante, una vez más, será ajustar su aplicación en función de las posibilidades y requisitos con los que se presenta una situación concreta, y a veces esta lectura o interpretación no es fácil.

El creciente interés por los métodos cualitativos en la investigación evaluativa procede de una insatisfacción con el estilo de las evaluaciones cuantitativas y de una nueva concepción de la adecuación del modelo científico cuantitativo a la evaluación de los programas de intervención. Los métodos cualitativos y cuantitativos constituyen algo más que simples diferencias entre estrategias de investigación y procedimientos de obtención de datos.

Estos enfoques representan fundamentalmente diferentes marcos epistemológicos para conceptualizar la naturaleza del conocimiento, la realidad social y los procedimientos para captar estos fenómenos. Los métodos cualitativos son apropiados por sí mismo como procedimientos de estimación de la evaluación de impacto de un programa. La evaluación de programas puede resultar fortalecida cuando ambos enfoques se hallan integrados en un diseño de evaluación.

La investigación evaluativa y las ciencias del comportamiento en general padecen de una preocupación por la cuantificación y las estadísticas. Se requiere un equilibrio mejor entre la base cotidiana de significados en la acción social y la generabilidad de tales significados a un contexto más amplio. Este es un reto que brindan los métodos cualitativos y cuantitativos. En un reto que ya no podemos ignorar (Filstead, 1986, 75-76)

3. LA INTERDEPENDENCIA DISCIPLINAR EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 1.3: *En la Atención Temprana se da una interdependencia entre las disciplinas que aportan el marco teórico a la misma, interdependencia basada en el sistema de relaciones ante una parcela de conocimiento común, la primera infancia.*

3.1 INTRODUCCIÓN

Hasta aquí, hemos podido verificar o confirmar dos (1.1/ 1.2) de los tres supuestos planteados a partir del general de esta primera parte.

1.1 → La Atención Temprana cuenta con un cuerpo teórico propio, por tanto, con el aval científico suficiente para constituirse como disciplina científica.

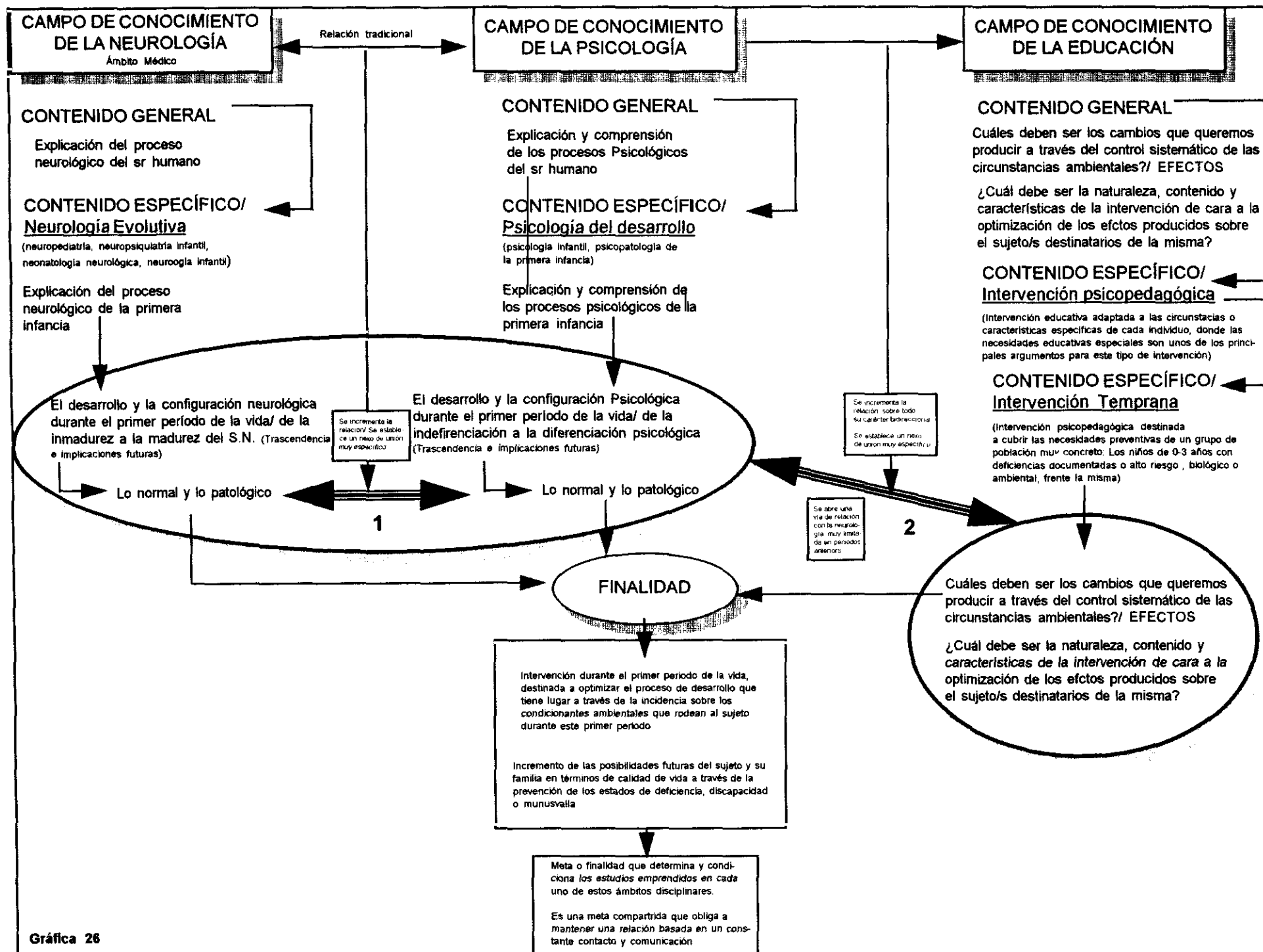
- 1.** La prevención de los estados discapacitantes y minusvalías a través de la intervención en edades tempranas es el principal objeto de estudio de este campo disciplinar.
- 2.** En la medida que nos acerquemos a un argumento científico lo suficientemente sólido para sustentar las posibilidades de su objetivo, el de la prevención, estaremos en situación de poder confirmar la existencia de un cuerpo teórico propio.
- 3.** A través del análisis realizado a lo largo de toda esta exposición, ha quedado demostrado que, en la medida que la detección, el diagnóstico y el pronóstico temprano es posible, así como las posibilidades que el medio ofrece de cara a la intervención, o la variabilidad de efectos producidos, una vez realizado y aplicado el diseño de la Intervención

Temprana, la prevención es posible ya que cuenta con una argumentación lo suficientemente sólida y válida.

1.2 → De la misma manera, quizás ésta de forma implícita, podemos confirmar la implicación de las tres disciplinas propuestas en la segundo sub-supuesto: la medicina, fundamentalmente en manos de la Neurología, la Psicología, donde adquiere un gran protagonismo la psicología del desarrollo y la Educación, cuyo papel principal recae sobre la intervención psicopedagógica.

A partir del desarrollo y argumentación teórica propuesta hasta el momento, ¿existen argumentos suficientes para poder confirmar el último supuesto (1.3), en la que se propone que en la Atención Temprana surge una interdependencia entre las disciplinas que aportan su marco teórico, basada ésta en el sistema de relaciones establecidas ante una parcela de conocimiento común, la primera infancia?

No cabe duda que nos encontramos ante tres grandes campos de conocimiento, diferentes y con cierta independencia entre sí en el momento que su objeto de estudio son aspectos o dimensiones del individuo distintas, al menos en principio. Pero, según comienzan a contemplar y compartir una meta o finalidad común, el acercamiento entre ellas será progresivamente mayor. La nueva necesidades marcadas por una meta más amplia, en la que el sujeto es contemplado desde una perspectiva mucho más globalizadora e integradora, obliga a estas áreas de conocimiento a abrir sus puertas al resto como única posibilidad de otorgarle el verdadero sentido y orientación al conocimiento adquirido. En el siguiente cuadro, vamos a tratar de reflejar cuál es la naturaleza y justificación de la nueva relación entre estas áreas de conocimiento, a partir de una meta común, tanto a nivel teórico, el estudio de la primera infancia, como sobre todo, por las consecuencias práctica que de ese conocimiento se desprenden, el de la intervención con una clara finalidad preventiva (*Gráfica 26*)



3.2 CONSECUENCIAS MÁS IMPORTANTES QUE SE DESPRENDEN DE ESTE NUEVO MARCO PREVENTIVO PARA LAS DISCIPLINAS IMPLICADAS

- 1ª Conocer los signos patológicos más importantes en el desarrollo de la primera infancia, los factores más determinantes en esta patología, el significado de los mismos, las implicaciones a corto y largo plazo para la funcionalidad del individuo y para la propia dinámica familiar, así como las posibilidades de recuperación o evitación de estas consecuencias a través de un proceso de intervención, tanto desde la neurología como desde la psicología, obliga a mantener una visión global e integrada del proceso, donde ya no se trata de un proceso neurológico o psicológico diferenciado y parcializado, sino de un proceso mucho más amplio, en el que ambos quedan englobados en permanente conexión, el neuropsicológico.

La estructura orgánica del sistema nervioso determina o configura una determinada estructura psicológica; sólo en la medida que exista esta base orgánica tendrá lugar la dimensión psicológica. De la misma manera, cada estructura psicológica tiene un claro correlato orgánico, al que hay que acudir para explicar y comprender dicha estructura. La neurología por si sola no puede llegar a conocer todas las dimensiones o alcance de una determinada lesión o daño en el sistema nervioso del sujeto a menos que conozca las implicaciones psicológicas de cada uno de los elementos o estructuras que estudia, y para ello, previamente ha tenido que establecer un punto de contacto con el campo psicológico. De la misma manera, la psicología no puede alcanzar una verdadera comprensión o explicación de una determinada anomalía o disfunción psíquica del niño a menos que controle el correlato orgánico que sustenta a cada una de sus funciones psíquicas.

- 2ª Pero este proceso neuropsicológico es mucho más complejo. No sólo se trata de un elemento orgánico que produce o causa una determinada estructura psicológica, sino, que es a través del proceso de interacción, que ese elemento orgánico establece con

el medio, lo que realmente produce u origina esta configuración psíquica. Ni la neurología ni la psicología pueden vivir a espaldas del papel que el medio juega en la determinación de los procesos que estudian y, por tanto, del lugar que puede desempeñar la intervención como mediador en la configuración de los mismos.

Por último, ni que decir tiene, que sin un conocimiento previo del proceso neupsicológico que transcurre en el niño, no tendría sentido el estudio de las características que debe presentar la intervención para incidir sobre él. Para incidir, o estudiar la mejor manera de realizar esta incidencia, sobre un fenómeno concreto, primero será obligado conocer perfectamente el fenómeno objeto de la acción que queremos emprender.

Esta necesaria relación, a la que se ven llamados los tres campos disciplinares, sólo puede tener lugar en la medida que se establezcan unos puntos de conexión, donde este contacto y, por tanto, relación, se convierta en algo real y fructífero.

Este contacto, o la necesidad del mismo, sólo podrá tener lugar en la medida que se convierta en un proceso sistematizado y regulado, sólo así podremos aspirar a conseguir las ventajas o frutos verdaderamente necesarios de esta relación. El campo de la Atención Temprana mejorará, avanzará y progresará en la medida que su marco teórico así lo haga, y para ello es tarea imprescindible conseguir niveles de relación interdisciplinar cada vez más elevados. Sistematizar esta relación exige:

- 1º Crear unos puntos de contacto concretos
- 2º Estos puntos de contacto deben concretarse a través de la creación de unos canales de comunicación entre los distintos campos disciplinares (Flechas 1 y 2 de la gráfica)
- 3º Estos canales de comunicación deben estar diseñados para permitir:
 - El intercambio de información de una a otra disciplina: resultados más relevantes del estudio e investigación desarrollado en este campo.

- La consulta o petición de información específica de uno a otro campo.
- La posibilidad de realizar estudios conjuntos, o bien de buscar la complementariedad entre ellos.

4º Pero, para que este intercambio de información o labor de investigación conjunta o complementaria pueda tener lugar de forma eficaz, será imprescindible la creación de unos códigos comunes. Será importante la propuesta de criterios terminológicos y conceptuales de la forma más consensuada posible, en los que todos cedan un poco del terreno que ocupan en cada una de las distintas especialidades. Ello, nunca será posible si no existe una previa disponibilidad hacia la apertura a otros campos, donde sea valorada tanto la aportación específica que se puede realizar a otras áreas de conocimiento, como lo importante que puede llegar a ser la aportación de los demás a la comprensión y explicación de tu propio objeto de estudio.

Un claro ejemplo de esta nueva predisposición en torno a la necesidad de abrir nuevos cauces a la relación interdisciplinar como fruto de las nuevas posibilidades que la Intervención Temprana ha abierto, lo ofrece el libro de Fejerman y Fernández Álvarez (1987), *Fronteras entre la Neuropediatría y Psicología*. Tal y como vamos a poder contemplar en palabras de los propios autores, no cabe duda que comienza a percibirse una nueva perspectiva en la forma de abordar los estudios en cada una de estas disciplinas; la investigación desarrollada en un campo disciplinar concreto, comienza a encontrar un punto de unión o conexión con otras áreas de conocimiento.

Haciendo referencia al campo de la neurología:

No podemos permitirnos desconocer un nuevo abordaje terapéutico que pudiera cambiar la calidad de vida de nuestros pacientes....Este continuo compromiso nos obliga a buscar todas las alternativas posibles para mejorar la atención del paciente y su grupo familiar. En esa tarea necesitamos interactuar con una amplia serie de profesionales de la salud para conformar equipo. Es importante señalar que el trabajo interdisciplinario es válido no sólo

para los niños con enfermedades neurológicas severamente discapacitantes, sino también para los trastornos mucho más leves que sólo implican alteraciones funcionales del SNC.

Existen aún fuertes discrepancias en las interpretaciones de los mecanismos etiopatogénicos de estos cuadros que nosotros llamamos disfuncionales, pero las diferencias conceptuales pasan a segundo lugar cuando se trata de encarar un abordaje terapéutico racional en el área de la conducta, motricidad, lenguaje o aprendizaje y todo lo que hace a la mejor adaptación del niño a sus pares. Para ello es necesario haber aprendido un lenguaje común con términos claramente definidos, y esto se alcanza con la convivencia y el intercambio.

El título de esta publicación es "fronteras entre la neuropsiquiatría y psicología", pero en realidad debería llamarse "fronteras y puntos de contacto", o "fronteras y puente entre ellas". Marca una realidad cotidiana que queremos ayudar a transitar en bien del paciente. Para ello no es necesario ser ecléctico o condescendiente, sino respetar las otras disciplinas, profundizar cada una de la investigación en su campo, y sobre todo, buscar un código común para transmitir la información en forma comprensible.

Propongo entonces que no temamos la discusión, que aceptemos la existencia de fronteras e incluso de intenciones de "ganar nuevos terrenos" en invasiones científicas mientras sean honestas. En esta disputa amistosa entre neurología y psicología, no estaría mal decir que sería útil para el neurólogo en formación una experiencia en psicoanálisis, pues podría ayudarlo a conocer y comprender códigos particulares del aparato psíquico y por ende sus propias reacciones ante el enfermo. ¿Acaso se puede ser buen neuropsiquiatra ignorando o negando la existencia del inconsciente y sus mecanismos?, ¿es que alguien puede ser buen psicólogo o psiquiatra desconociendo la complejidad fisiológica del SNC y la variedad de su expresión en síntomas? (Fejerman y Fernández, 1987; 15-18)

4. CONCLUSIÓN/ VERIFICACIÓN DEL SUPUESTO 1

Como punto y final a esta primera parte, sólo nos queda concluir con la verificación del supuesto teórico planteado.

En este supuesto se hace referencia un nuevo elemento no abordado directamente hasta ahora, se trata del campo práctico de la disciplina: "*...al desarrollo de una actividad interdisciplinar...*" Pese a que forma parte del objetivo de la segunda parte de esta verificación del supuesto teórico-práctico del que partimos: *la justificación práctica de la necesidad de establecer unos mecanismos de coordinación en el ámbito de la Atención Temprana*, es importante que la confirmación de este último supuesto sirva de enlace o nexo entre la justificación teórica, vista hasta ahora, y la justificación práctica, punto siguiente; ambos son parte de un supuesto mucho más amplio, donde queda enmarcado toda esta primera parte del estudio. Por tanto, podríamos decir que la justificación práctica viene suscitada, en gran medida, por la justificación teórica previamente planteada; en última instancia, diríamos que ambas son complementarias y sirven a un objetivo común: *Justificar la necesidad de establecer mecanismos de coordinación interinstitucional en el ámbito de la Atención Temprana*.

Toda teoría desempeña un papel muy importante de guía u orientación a una actividad específica, a la que sirve y destina todo su esfuerzo en el esclarecimiento de los hechos o fenómenos que estudia; podríamos decir que la teoría siempre tiene una traducción práctica. La actividad queda así fuertemente condicionada por los principios teóricos, pero no sólo por los principios que genera de cara al desarrollo de la actividad, sino por la propia estructura o dinámica implícita a la misma.

El carácter interdisciplinar al que queda sujeto el desarrollo teórico de la Atención Temprana, tal y como hemos comprobado, tiene una clara repercusión en el ámbito de la actividad, determina y condiciona estrechamente la dinámica de la misma. Confirmar la interrelación entre tres campos concretos del conocimiento nos obliga a aceptar la necesidad de diseñar o programar la actividad desde un enfoque multidisciplinario, o mejor dicho, interdisciplinario.

Este carácter interdisciplinario responde, no tanto a una labor realizada de forma grupal, pero desde donde cada uno aborda un área concreta independientemente del resto, como a una labor donde se parte de una toma de decisiones y valoración conjunta, a partir de la cual cada uno actúa, pero siempre volviendo a la realización de un seguimiento conjunto. El producto de todo ello es un tratamiento global, elemento importante en el campo de la Atención Temprana, tal y como la propia teoría ha suscitado.

Existen dos grandes parcelas o campos de actuación en la Atención Temprana:

1. El de la detección/diagnóstico/pronóstico tempranos
2. El de la Intervención Temprana

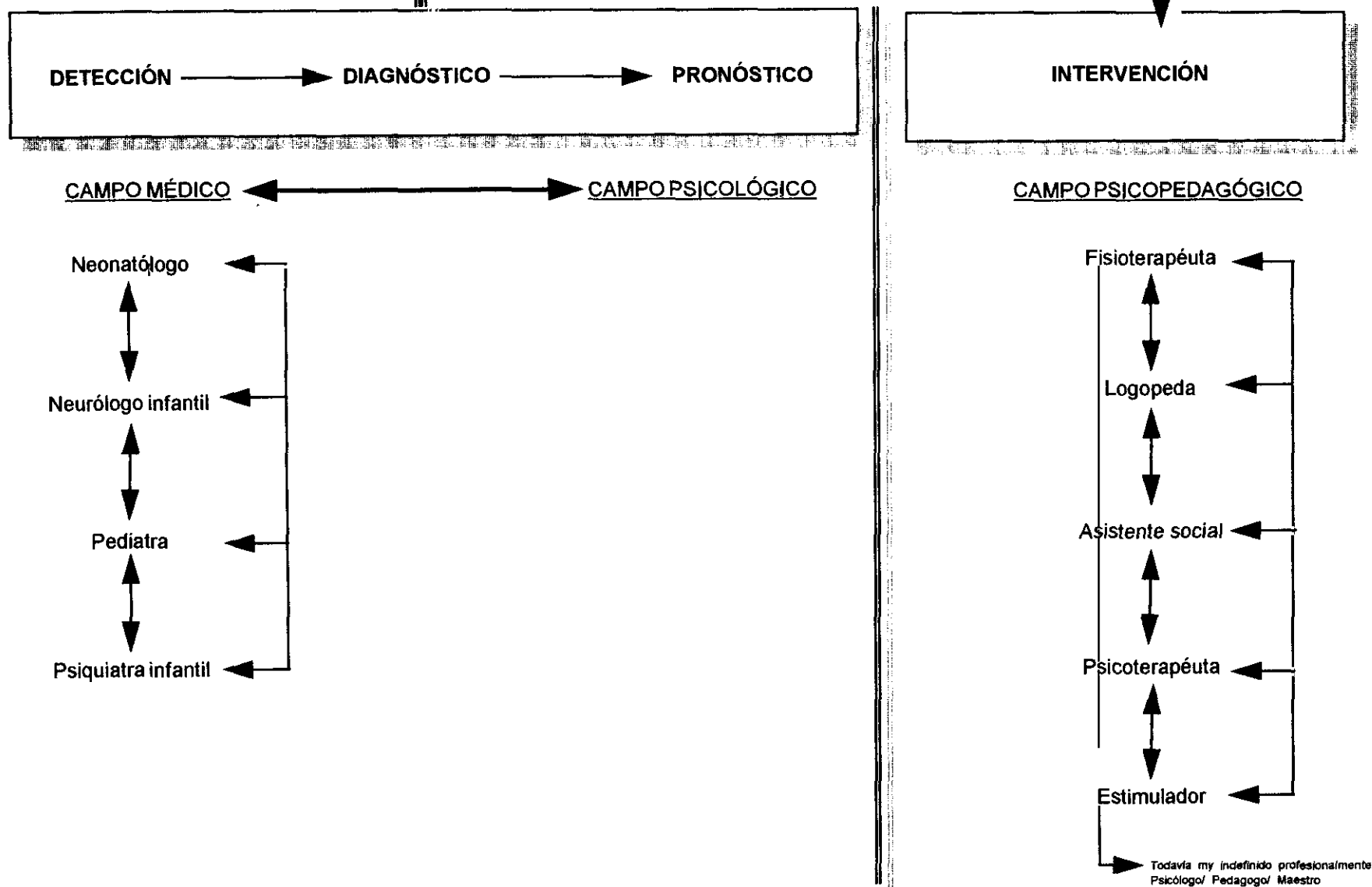
Como queda reflejado en el siguiente cuadro, la variedad y diversificación profesional a la que queda sujeta la actividad, propia del desglose profesional que sufren los tres campos disciplinares que avalan la teoría, es muy amplia. Por tanto, la labor de conexión e interrelación de la actividad, dando así lugar a la deseada globalización, se va a convertir en algo complejo y difícil, y donde los recursos en materia de coordinación van a desempeñar un papel determinante. En síntesis, podemos decir que la tarea se complica en la medida que:

- 1º El diagnóstico y pronóstico debe realizarse con los criterios más unificados y menos contradictorios posibles, algo difícil si tenemos en cuenta la gran cantidad de profesionales que quedan implicados en esta labor. El diagnóstico no puede

ser parcial o estar reducido a un único aspecto o dimensión del sujeto, sino que tiene que ser global. Se debe buscar, a partir de una valoración somática, neurológica y psicológica, un diagnóstico general, en el que todos esos aspectos queden integrados e interrelacionados y donde sea posible detectar las implicaciones o consecuencias de una alteración en una de esas áreas, por ejemplo la neurológica, sobre el resto, por ejemplo la somática o psicológica.

- 2º La intervención también debe cumplir los mismos prerequisites propuestos para el diagnóstico y pronóstico. Son muchos los profesionales que llevan a cabo la intervención, la mayoría de veces bajo distintas especialidades y, por tanto, basada en una intervención destinada al tratamiento de áreas muy concretas del desarrollo, por ejemplo el logopeda o fisioterapeuta.
- 3º Por último, esta conexión no sólo debe presentarse en el campo del diagnóstico o el de la intervención, sino y, de forma muy importante, entre ambas. El diagnóstico y el pronóstico quedan al servicio exclusivo de la intervención, y sólo si podemos mantener una permanente relación entre ambas actividades, podremos obtener los verdaderos frutos de la intervención y, por tanto de la prevención; algo que ha queda reflejado, casi de forma insistente, a lo largo de todo este análisis teórico.

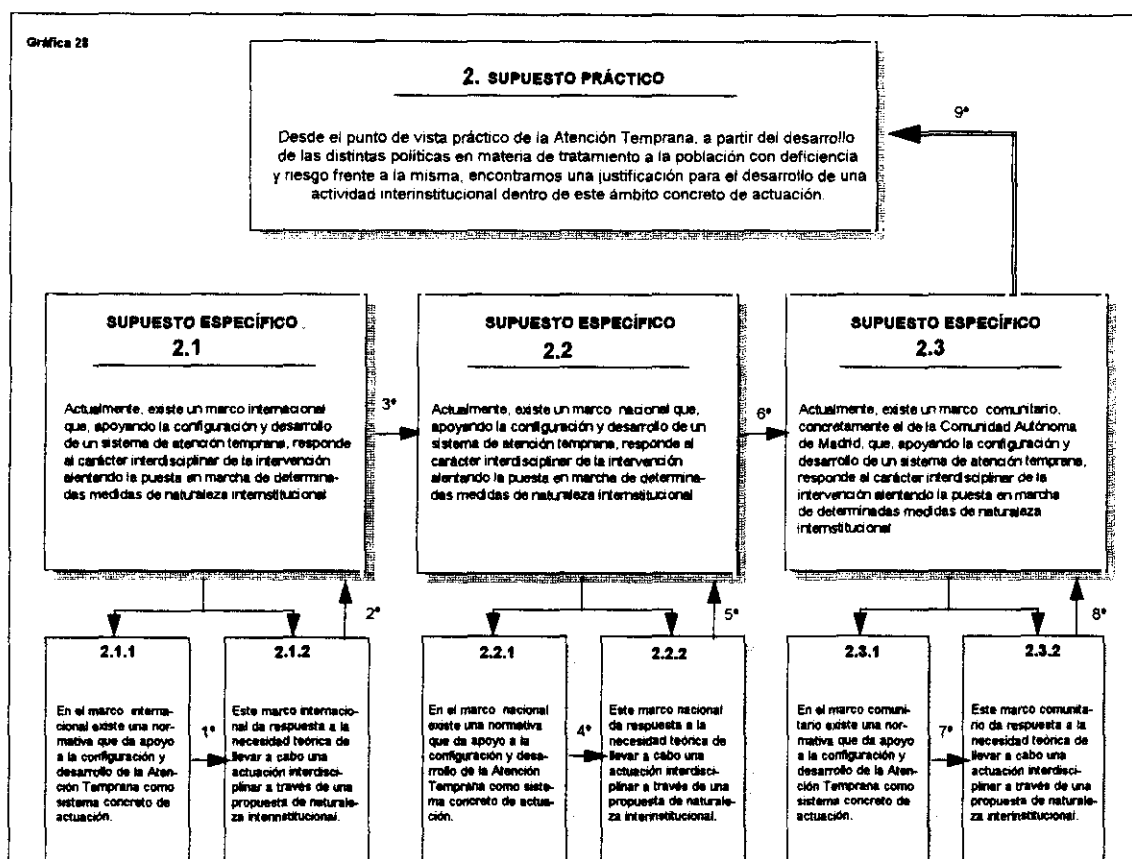
Gráfica 27



CAPÍTULO 6

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA DE LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

1. CUADRO ESQUEMÁTICO DE LA VERIFICACIÓN DEL SUPUESTO PRÁCTICO (2)



2. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL MARCO INTERNACIONAL

SUPUESTO 2.1: *Actualmente, existe un marco internacional que, apoyando la configuración y desarrollo de un sistema de A.T., responde al carácter interdisciplinar de la intervención alentando la puesta en marcha de determinadas medidas de naturaleza interinstitucional.*

En este apartado vamos a recoger aquellos principios, iniciativas y normativas que, a nivel internacional, avalan o apoyan la configuración de un sistema de Atención Temprana. Para ello, vamos a centrarnos principalmente en el marco europeo, ya que es el que de manera más directa nos envuelve.

La naturaleza de la Atención Temprana nos obliga a movernos bajo los principios y normativas propias de dos campos de actuación específicos, el de la *deficiencia* y el de la *infancia*, y de forma más concreta, el de la *prevención de la deficiencia y de los efectos de la misma* una vez instalada. A partir de esta normativa internacional, una vez justificada la configuración de un sistema de Atención Temprana, buscaremos aquellos puntos específicos que avalan la actuación interdisciplinar en este campo de actuación.

2.1 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES IMPLICADOS

ORGANISMOS EUROPEOS

Las competencias Europeas quedan en manos de dos grandes organismos: *el Consejo de Europa y las Comunidades Europeas (CE).*

A. El Consejo de Europa

Creado en 1949, es una organización política intergubernamental, con el objetivo de fomentar la unidad entre los Estados miembros mediante cooperación en el terreno económico, social, cultural, científico y administrativo. Su sede está en Estrasburgo. Este consejo trabaja a través de dos órganos: *el Comité de Ministros y la Asamblea Parlamentaria*.

a) El Comité de Ministros

Es el órgano más importante del Consejo. Está formado por los Ministros de Asuntos Exteriores de los Estados miembros. Sus competencias son limitadas. No pueden tomar decisiones vinculantes a nivel nacional, sino sólo hacer "Recomendaciones" a los gobiernos de los Estados Miembros. Pero la redacción de proyectos de "Convenio" también pertenece a su competencia, los que quedan a expensas a ser vinculantes sólo para aquellos Estados miembros que lo ratifiquen.

b) La Asamblea Parlamentaria

Está formada por parlamentarios de los Estados miembro individuales; su número está en proporción a la población de su país. Su competencia sólo es consultiva; se limita a la formulación de "Recomendaciones", que se someten al Comité de Ministros para que éste decida al respecto. Además, puede emitir Resoluciones y presentarlas a las organizaciones competentes para su conocimiento.

La competencia del *Consejo de Europa* es bastante limitada. Su autoridad se basa por completo en la aceptación de sus decisiones por los Estados miembro individuales. Sin embargo, este consejo goza de mucha autoridad moral, sobre todo en materia de Derechos Humanos.

Hay que distinguir dos tipos de *instrumentos internacionales* del Consejo de Europa

- Tratados, que adoptan la forma de convenios, acuerdos o leyes fundamentales y que son instrumentos vinculantes
- Resoluciones y recomendaciones del Comité de Ministros a los Gobiernos de los Estados miembros, que son instrumentos no vinculantes.

B. Las Comunidades Europeas (CE)

Es el nombre colectivo de diferentes comunidades agrupadas. Mediante el tratado de fusión de 1965 se dio el último paso para reunir a las distintas instituciones organizativas que conformaban este colectivo. El tratado de base data de 1957 y fue ampliado mediante el Acta Única Europea de 1986. La intención principal de este tratado es la cooperación europea, con el fin de crear más bienestar para sus gentes, mantener la paz y alcanzar una mayor unidad política.

Existen cuatro órganos principales basados en el Tratado de Roma y el Acta Europea: El *Consejo de Ministros*, órgano legislativo y decisorio; la *Comisión Europea*, órgano ejecutivo, tiene la función de realizar proyectos de propuestas legislativas y de otra índole y de ejecutar las decisiones del Consejo; *Parlamento Europeo*, sólo tiene una tarea consultiva en la realización de la legislación europea y supervisa el trabajo de la Comisión; el *Tribunal de Justicia*, ejerce la supervisión judicial.

A diferencia del *Consejo de Europa*, la Comunidad Europea (CE) es una institución supranacional, cuya reglamentación es jurídicamente vinculante para todos los Estados miembros. Las reglas jurídicas comunitarias tienen un efecto directo, lo que implica que son prioritarias con respecto a las reglas nacionales.

El Consejo de Ministros y la Comisión Europea emiten "Reglamentos" y "Directivas", dan "Resoluciones" y emiten "Recomendaciones" o "Dictámenes", los únicos que no son vinculantes.

En lo referente a objetivos sociales propios de la CE, son muy débiles, existe demasiado predominio de objetivos económicos, por tanto, los objetivos sociales existentes hasta el momento están demasiado vinculados a los objetivos económicos. El "Tratado de Maastricht (1991) nos muestra que se da preferencia a la unión política sobre la unión social. Por lo tanto, la política social en su mayor parte sigue siendo una tarea de los Estados Nacionales.

Mientras que los Tratados no prevean mayores competencias en el terreno social, se seguirá hablando de la Europa de dos velocidades: la económica y la social. La última va tan lenta que el "déficit social" de Europa se está haciendo enormemente grande (Eugeen Verhellen, 1992)¹

OTROS ORGANISMOS INTERNACIONALES

A. O.N.U. "Organización de las Naciones Unidas"

Se funda el 26 de Junio de 1945, con el objetivo, una vez finalizada la segunda Guerra Mundial, de salvar la paz mundial, defender los derechos del hombre, asegurar la igualdad de derechos para todos los pueblos, aumentar el nivel de vida para todo el mundo (Artículo 1º, Declaración de principios de la fundación de la ONU, 1945). Una vez fundada la ONU se da origen, dentro de su estructura organizativa, a la creación de distintos organismos especiales de carácter independiente, con el fin de abordar aspectos o temas parciales; en nuestro caso, nos concierne hacer una referencia a los organismos ocupados en temas educativos y sanitarios:

¹ Director del Centro de Derechos del Menor. Universidad de Gante (Bélgica)

- UNESCO "Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura". Creada en 1946, mantiene su sede en París.
- OMS "Organización Mundial de la Salud". Creada en 1948, mantiene su sede en Ginebra

B. R.I "Rehabilitación Internacional". Organización de ámbito mundial creada en 1922 para ayudar a deficientes físicos y extendida luego a todo tipo de minusvalías.

2.2 PRINCIPIOS Y NORMATIVA INTERNACIONALES QUE AVALAN LA CONFIGURACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.1.1: *En el marco internacional existe una normativa que da apoyo a la configuración y desarrollo de la Atención Temprana como sistema concreto de actuación*

EN EL TERRENO DE LA MINUSVALÍA

En primer lugar nos vemos forzados a realizar una breve mención a la ***Declaración de los Derechos humanos***, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 10 de Diciembre de 1948. En ella, encuentran el origen y el fundamento muchas de las resoluciones posteriormente aprobadas sobre los derechos de las personas minusválidas, como tratamiento específico e individual de los derechos de la población con condición de minusvalía. De hecho, es uno de los primeros referentes de *principios* universales en favor de los derechos de esta población.

A. La Declaración Universal de los Derechos Humanos

a) En el contexto mundial

Esta declaración constituyó, en su momento de creación (1948), el primer instrumento verdaderamente internacional de los derechos humanos. En ella se reconocen las dos generaciones de derechos humanos:

1ª Generación: artículos 3-14 contienen los derechos civiles y políticos. Alguno de sus artículos poseen un interés especial para el minusválido, como es:

→ artículo 5, establece que nadie será objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes

2ª Generación: artículos 22 al 27 se ocupan de los derechos económicos, sociales y culturales. También alguno de sus artículos poseen un interés especial para el minusválido, como son:

→ artículo 22: sobre el derecho a la seguridad social

→ artículo 23: sobre el derecho al trabajo

→ artículo 25 sobre el derecho a un nivel de vida adecuado

→ artículo 26: sobre el derecho a la educación

Ambas generaciones constituyen el mismo ideal internacional (Declaración), a perseguir con idéntica fuerza. En 1966 el ideal se transformó en *jurídicamente vinculante* con respecto a la sociedad internacional, gracias a la aprobación de dos convenciones de la ONU, las que están en vigor desde 1976:

→ El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos

→ El Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

b) En el contexto europeo

También, a través de la *regionalización hacia zonas culturales más homogéneas*, los ideales de la Declaración Universal moralmente perseguidos se transforman en textos jurídicamente vinculantes; hablamos de la región específica de Europa.

En 1950 (Roma, 4 de Noviembre de 1950), el *Consejo de Europa* aprueba el "***Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales***", el que entra en vigor en 1953. Los derechos incluidos se refieren a la primera generación de derechos humanos y tiene un efecto directo sobre todos los estados europeos. Obliga a los Estados miembros a garantizar su ejercicio por parte de todas las personas que vivan dentro de su ámbito de jurisdicción.

La CE como comunidad también adopta el *Convenio Europeo de los Derechos Humanos* (Joint Declaration on Fundamental Rights, 5 de abril de 1977).

Además del Tratado Europeo sobre los Derechos Humanos existe otro instrumento básico de cara a asegurar en el contexto europeo la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" en su totalidad, se trata de la ***Carta Social Europea***, que, aunque aprobada en 1961 (Turín, 18 de Octubre de 1991), no entra en vigor hasta el 26 de Febrero de 1965. Los derechos incluidos se refieren a la segunda generación de derechos humanos, derechos económicos, sociales y culturales, y tiene un efecto directo sobre todos los estados europeos.

Pero ante esta Carta Social, no existe el derecho de presentar demanda, aunque sí un control por medio de informes obligatorios a un comité de expertos independientes. La Carta Social Europea facilita un sistema de supervisión internacional que puede decidir si las situaciones que viven en determinados países están, de hecho o de derecho, de acuerdo con las normas que se establecen. El sistema de supervisión es diferente del que ofrece el Convenio de los Derechos Humanos, ya que es difícil someter a control judicial la mayoría de los derechos sociales y económicos.

B. Las Declaraciones específicas de los Derechos de las Personas que Padecen una Deficiencia o Minusvalía

A partir de la Declaración de los Derechos Humanos por la ONU en 1948, y basándose en los principios y derechos allí promulgados, aparece la necesidad en el seno del mismo organismo de garantizar los derechos específicos de la población minusválida.

Estas declaraciones se justifican en la necesidad de proteger los derechos y asegurar el bienestar y rehabilitación de los disminuidos físicos y mentales; en la necesidad de evitar minusvalías físicas y mentales y de ayudar a las personas disminuidas a desarrollar su potencial; conseguir una plataforma común y marco de referencia para la protección de sus derechos (Cobo P., 1988)²

1ª Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales (A/Res/2856)

Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 20 de Noviembre de 1971. En ella, principalmente, se hace hincapié en la promoción de la integración de las personas deficientes mentales en la vida social. Alguno de los principales puntos planteados son:

1. El derecho de las personas deficientes mentales a una atención médica adecuada y a recibir formación y asesoramiento con el fin de desarrollar sus habilidades y potenciales (Punto 2)
2. El derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decente, a desarrollar un trabajo productivo o dedicarse a cualquier otra ocupación significativa (Punto 3)
3. El derecho a vivir en familia y a tomar parte en la vida de la comunidad (Punto 4)
4. El derecho a ser protegido de la explotación, el abuso y los tratos degradantes (Punto 6)

² Consejero Técnico, Instituto Nacional de Servicios Sociales (España)

5. El derecho a un tutor cualificado, cuando sea necesario, y a la protección jurídica frente a la restricción o denegación de derechos (Punto 5 y 7)

2ª Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas (A/ Res/ 3447)

Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 9 de Diciembre de 1975. Referida tanto a personas con discapacidad psíquica como física, respecto a la anterior. En ella se reiteró muchos de los derechos propuestos en la anterior declaración.

C. Rehabilitación Internacional y las Conferencias sobre Legislación Mundial en Materia de Minusvalías

Rehabilitación Internacional es única entre las organizaciones internacionales en su preocupación para la revisión de cuantas cuestiones afectan a la confección de directrices sobre la prevención de la discapacidad y sobre la rehabilitación y la igualdad de oportunidades. La organización realiza un vasto programa de actividades informativas, de programación y de organización con el fin de incrementar la conciencia pública de la dimensión que presentan los problemas y las consecuencias que la discapacidad tiene en todo el mundo (Hammerman, 1987)³

Esta organización de ámbito internacional convocó dos importantes conferencias internacionales sobre legislación y personas minusválidas:

a) 1ª Conferencia de Roma, 1971

En la que se desarrolló una serie de principios generales que se recomendaban a todas las naciones como línea general a seguir para el desarrollo de una legislación adecuada. Esos principios establecían que en primer lugar, los gobiernos deben aceptar la principal

³Secretaría General de Rehabilitación Internacional

responsabilidad en la prestación de todos los servicios necesarios a las personas con discapacidad físicas y psíquicas. Esa responsabilidad debía ser definida en la legislación de cada país, y debía establecerse una asignación para la financiación y administración de todos los servicios correspondientes. La Conferencia de Roma destacaba la importancia de la coordinación interministerial y planteaba la importantísima cuestión de los derechos humanos. Detalló cuáles son los servicios que necesitan las personas con discapacidad para disfrutar de sus derechos humanos y desarrollar su potencial.

b) 2ª Conferencia de Manila, 1975

Insistió en las líneas de actuación propuestas en la primera conferencia. Al mismo tiempo insistió en la necesidad de una acción basada en la comunidad y de una rehabilitación global adecuadamente estructurada y apropiadamente financiada. Se concedió la máxima prioridad al desarrollo de una legislación que garantizase la prevención de la discapacidad a través de servicios sanitarios primarios y por medio de programas de formación para el personal de servicio en todos los terrenos relacionados con la salud

D. La Proclamación del Año Internacional de las Personas Minusválidas

El 16 de Diciembre de 1976, la Asamblea General de la ONU proclama 1981 "***Año Internacional para el Minusválido***" (AIM), con el lema de "*plena participación*" (A/Res/71/123 de 16 de diciembre de 1976).

Los objetivos del año incluían la promoción de los esfuerzos nacionales e internacionales para proporcionar ayuda, formación y orientación a las personas minusválidas, crear oportunidades de trabajo y asegurar su plena integración en la sociedad, estimular la realización de trabajos y proyectos de investigación para facilitar la participación práctica de las personas minusválidas en la vida diaria, educar al público en los derechos del minusválido a participar y contribuir en los diversos aspectos de la vida económica, social y política y

promover la adopción de medidas eficaces para la prevención de discapacidades y para la rehabilitación de las personas afectadas por ellas (Mara, G., 1987)⁴

En 1977, la Asamblea general de la ONU crea un comité Asesor del AIM, formado por representantes de 15 estados miembros con el objetivo de considerar el borrador de programa del Año Internacional preparado por la Secretaría General de dicho organismo (A/Res/31/133 de 16 de diciembre de 1977). Este Comité cambió la denominación del Año que pasó a llamarse "*Año Internacional de las Personas Minusválidas*".

El 17 de diciembre de 1979 la Asamblea General de la ONU aprobó una resolución sobre este año internacional que ampliaba el lema del Año a "*plena participación e igualdad*". La Asamblea destacó la orientación pragmática del Año y afirmó que el principal aspecto del mismo se centraba en el ámbito nacional con actividades de apoyo en los planes internacional y regional. Se establecieron los objetivos generales del Año y se formularon recomendaciones concretas de acción en los ámbitos nacional, regional e internacional. Las recomendaciones más importantes a nivel nacional fueron las siguientes:

1. Establecimiento de Comités Nacionales con el fin de planificar, coordinar y realizar actividades para ese Año
2. Preparar planes nacionales para su seguimiento
3. Integrar servicios en favor de las personas minusválidas
4. Establecimiento de una máquina gubernamental adecuada para la coordinación de todas las directrices elaboradas para las personas minusválidas

E. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

A lo largo de la historia del tratamiento de la deficiencia, han sido muchos los conceptos terminológicos barajados por los distintos profesionales implicados, la terminología

⁴Jefa de la Unidad para Personas Minusválidas, Centro para el Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas

utilizada en el proceso rehabilitador ha sido siempre muy compleja y diversa a la vez que desordenada. El caos conceptual y terminológico llegó en años pasados a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un importante esfuerzo por conformar una clasificación que pudiera ser utilizada por los distintos grupos de profesionales implicados en la rehabilitación, ya fuera en contexto sanitario, de empleo o comunitarios.

Es así como se produce en 1980 la publicación de la CIDDM ("*Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías*") que plantea una aproximación conceptual nueva, con terminología también novedosa, y que habla de tres niveles diferentes (deficiencia, discapacidad y minusvalía) derivados de la enfermedad.

Los objetivos principales de la CIDDM son (Conseil de l'Europe, 1982):

1. La puesta a punto de un proceso completo y permanente de estudio de la rehabilitación en beneficio de los individuos y de los grupos. De este objetivo general se derivan otros objetivos específicos que se relacionan directamente con el trabajo de rehabilitación:

1.1 La prevención primaria (genética, etc.), secundaria (despistaje y tratamiento de lesiones) y terciaria (prevención de las consecuencias sociales invalidantes).

1.2 La descripción del perfil funcional de una persona

1.3 La evaluación de los programas individuales de rehabilitación

1.4 La identificación de necesidades y la puesta en marcha de intervenciones concernientes al ámbito físico (movilidad, comunicación, etc.), psicológico y social (prestaciones y servicios)

1.5 La descripción y la evaluación de los servicios de rehabilitación y su comparación a escala nacional e internacional

1.6 La educación y la enseñanza en materia de rehabilitación

2. La toma de datos regionales, nacionales e internacionales de cara a la planificación de las intervenciones

La CIDDM intenta facilitar la adopción de criterios comunes de trabajo y progresivamente simplificar la proliferación de denominaciones, contribuyendo así a facilitar la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas.

F. La Carta para los Años 80/ Rehabilitación Internacional

Su texto definitivo se redactó en el XIV Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional en Winnipeg, Canadá, el 26 de Junio de 1980. Esta Carta constituye una declaración de consenso sobre prioridades de acción para la década de los 80-90 y se presentó como contribución al Año Internacional de las Personas con Discapacidad organizado por las Naciones Unidas.

El texto adopta la terminología propuesta por la CIDDM (OMS, 1980). Esta división terminológica será mantenida y definida de manera más específica en documentos posteriores de relevancia internacional como el "*Programa Mundial*" aprobado por la ONU en 1982, el que seguidamente expondremos.

En esta carta se abordan y concretan conceptos relativos a la *prevención, rehabilitación y la máxima integración posible y participación igualitaria* en la deficiencia. Propone cuatro objetivos fundamentales a desarrollar en el decenio:

1. Impulsar en cada nación un programa que prevenga tantos casos y deficiencias como sea posible y asegurar que los servicios preventivos necesarios estén al alcance de cada familia y cada persona.
2. Asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado disfrute de todos los servicios de rehabilitación, apoyo y asistencia

necesarios para reducir los efectos minusvalidantes que pueda acarrear la discapacidad y para posibilitar a todos una vida y un papel constructivo en la sociedad.

3. Dar pasos necesarios para asegurar la máxima integración posible y la participación igualitaria de las personas discapacitadas en todos los aspectos de la vida de su comunidad.

4. Difundir información sobre las personas que padecen alguna discapacidad y su potencial, y sobre la discapacidad, su prevención y tratamiento para aumentar los conocimientos y la toma de conciencia pública de estos problemas y de su importancia en la sociedad.

Al mismo tiempo propone una serie de *metas* a alcanzar, tanto a nivel comunitario o local como a nivel nacional y mundial.

A nivel comunitario se subraya la importancia de la rehabilitación en el seno de la comunidad, adopción de medidas para favorecer la integración, la detección y tratamiento tempranos, la facilitación de servicios de rehabilitación, la capacitación de profesionales, etc.

A nivel nacional se apoya la necesidad de la prevención de la discapacidad, el desarrollo de programas de formación para los profesionales, el incremento de ayudas técnicas y aparatos, la educación al público sobre la discapacidad, el establecimiento de un responsable de un plan global para la prevención de discapacidades y para su rehabilitación, así como un sistema para controlar los progresos que se van realizando durante la década, etc.

a nivel mundial se centran en la prevención de la deficiencia y de las posibles consecuencias derivadas de ésta, etc.

G. El Programa de Acción Mundial y el Decenio de los Impedidos (1983-1993)

Todos los logros en el campo de la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad contemplados hasta el momento en este apartado, culminaron con la declaración por parte de Naciones Unidas de:

1. El "*Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*"
PAMPD. Aprobado por la Asamblea General
2. El período 1983-1992 como el "*Decenio de los Impedidos*"

El PAMPD fue aprobado por la Asamblea General de la ONU en 1982, junto con la proclamación del período 1983/92 Decenio de las Naciones Unidas para las Personas Minusválidas, con el fin de que sirviera como marco temporal en cuyo seno dar aplicación al PAMPD (A/Res/37/52 y A/Res/37/53 de 3 de diciembre de 1982). El PAMPD constituye la principal directriz de las Naciones Unidas en el campo de la discapacidad.

El PAMPD supone una confirmación de la línea conceptual y terminológica que la Clasificación había iniciado. Se mantienen los términos y definiciones de la OMS con pequeñas variantes. El PAMPD declara explícitamente sus propósitos de promover medidas para la prevención de las deficiencias, la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y participación plena de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. El programa relaciona los tres niveles de menoscabo (deficiencia, discapacidad y minusvalía) con las tres estrategias fundamentales de intervención que ya habían sido esbozadas en la *Carta para los Años Ochenta*. Estas estrategias corresponden a la Prevención, a la Rehabilitación y a la Equiparación de Oportunidades.

El PAMPD está dividido en tres capítulos:

- Iº Se plantean los objetivos, antecedentes y definición de los conceptos clave
- IIº Se analiza la situación actual destacando los especiales problemas a los que han de hacer frente los países en desarrollo y los grupos especiales.

III° Propone una serie de iniciativas para la ejecución del PAMPD.

La aplicación del PAMPD ha sido supervisada por las Naciones Unidas a través de la Comisión de Desarrollo Social. De esta supervisión destaca el documento elaborado por un Grupo de Expertos reunidos en Vancouver del 25 al 29 de abril de 1992, quienes plantean una estrategia a largo plazo para fomentar la implantación del PAMPD de cara al 2000 y posteriores con el título "*Hacia una Sociedad para Todos. De la Toma de Conciencia a la Acción*" (United Nations expert group, 1992).

Los expertos reunidos bajo los auspicios de Naciones Unidas consideran que el PAMPD ha servido como documento de referencia básico y como directriz de políticas para la mayoría de los países. Sin embargo, los objetivos esenciales de dicho programa aún no se han alcanzado plenamente. Esta afirmación ya se reconoció en la Reunión Global de Expertos reunidos en Estocolmo en 1987, quienes revisaron la puesta en marcha del PAMPD.

La propuesta del programa de "Hacia una Sociedad para Todos. De la Toma de Conciencia a la Acción" (United Nations expert group, 1992) parte de los siguientes objetivos generales:

- Incremento del bienestar de las personas con discapacidad

1. Satisfacción de necesidades básicas
2. Plena participación
3. Equiparación de oportunidades
4. Independencia
5. Autodeterminación

Asegurando el cumplimiento de los siguientes prerequisites:

- 1°. Prevención eficaz
- 2°. Sociedad plenamente accesible

3º. Rehabilitación para todo aquel que lo necesite

4º. Adecuados servicios de apoyo

H. El Programa Helios, la iniciativa europea en el contexto del Plan de Acción Mundial

Como motivo de la puesta en práctica del PAMPD en 1983, tiene lugar un notable crecimiento de la política europea en favor de la integración de la persona con minusvalía, y es así como el 14 de mayo de 1987 aparece el primer programa comunitario relativo a la integración de los niños disminuidos en las escuelas ordinarias. Este programa exigía importantes acciones para su puesta en práctica. Con el fin de lograr los objetivos previstos a este respecto, la Comisión propuso que se estableciera un programa de actuación a desarrollar en el plazo de cuatro años con el apoyo de una red de proyectos de integración a nivel local. Estas propuestas obtuvieron la aprobación por parte del Consejo de Europa el 18 de abril de 1988 del segundo programa comunitario de Acción en favor de los minusválidos conocido como Programa HELIOS⁵ que se extendía del 1 de Enero de 1988 al 31 de Diciembre de 1991.

Con este programa es un punto importante de consolidación de la política europea hacia la integración. Surgió como un marco en el que se interconectaban las experiencias de diferentes "Modelos de Actividades Locales" (ALM), agrupadas en tres redes distintas:

- Integración escolar
- Integración económica
- Integración social

⁵Comunidad Europea. Decisión 88/231/CEE de 18 de abril de 1988, por la que se adopta un segundo programa de acción de la comunidad en favor de los minusválidos (HELIOS) (D.O.C.E. 23-4-88)

Paralelamente al desarrollo del programa, se han celebrado tres Conferencias Internacionales sobre Minusvalía y Educación:

1ª Rotterdam, 1989. Las conclusiones elaboradas al final de esta conferencia condujeron a la adopción por el Consejo de Ministros de Educación, el 31 de Mayo de 1990, de una resolución concerniente a la integración de los niños y jóvenes minusválidos en los sistemas ordinarios de educación (**Resolución 90/C 162/02**)

2ª Cagliari (Italia), 1990, en la que se concluyó en la necesidad de fomentar una adecuada formación de los profesionales encargados de llevar a cabo la integración educativa.

3ª Valladolid, 1991, en la que se concluyó que el sistema educativo debe garantizar la escolarización adecuada de todos los alumnos, estableciendo para ello mecanismos de prevención, de identificación, de evaluación y de respuestas educativas coherentes, que exigieran cambios de los programas escolares, de acuerdo con los principios de adaptación y diferenciación.

El 25 de Febrero de 1993 se aprueba el Programa HELIOS II⁶. Este nuevo programa de acción comunitaria que, en su aprobación definitiva se extenderá hasta el 31 de diciembre de 1997, prolonga las actuaciones puestas en marcha en el marco del programa HELIOS I, ampliando éste con actividades insuficientemente desarrolladas hasta entonces: prevención, ayuda temprana, readaptación funcional, enseñanza preescolar, universitaria y continua, acceso a las actividades culturales, participación en la vida en sociedad, supresión de barreras psicológicas o de comunicación, problemáticas de las familias de los minusválidos, sensibilización del público, etc.

La evaluación de los primeros resultados de la puesta en práctica de este nuevo programa ha generado diversos informes, pero merece destacar el informe publicado

⁶Comunidad Europea. Decisión del Consejo de 25 de Febrero de 1993 por la que se aprueba el tercer programa de acción comunitaria para las personas minusválidas- HELIOS II 1993-1996 (D.O.C.E. 9-3-93)

recientemente en lo relativo al área educativa por el Equipo de Expertos de la Comisión Europea. Este informe recoge los trabajos de las Actividades de Intercambio e Información (A.I.I.) en las áreas de Atención Temprana y Educación en todos sus niveles durante el curso del año 1994⁷. Este documento consta de 3 capítulos:

1º Trata de la atención educativa temprana (la detección, intervención y acción precoces) como una fase fundamental para las siguientes etapas educativas por las que pasará el alumno.

2º Aborda los distintos niveles de la enseñanza, desde la educación infantil a la de adultos. En él se ponen de relieve las realidades existentes, los obstáculos que hay que superar, los límites y los requisitos que permitirán un verdadero acceso a la educación según las características propias de cada nivel de enseñanza.

3º Se examinan los temas relacionados con los requisitos pedagógicos necesarios para conseguir una integración real y de calidad. Principalmente se señala el carácter pluridisciplinario de la integración.

I. Consejo de Europa/ "Una Política Coherente para la Rehabilitación de las Personas con Minusvalía"

En 1984 el Acuerdo Parcial del Consejo de Europa en el ámbito social y de la salud pública aprobó la Resolución AP (84) 3 sobre "*una política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas*". Este documento se elaboró para que sirviese de modelo en la redacción de textos legislativos nacionales, de los estados miembros, destinados a poner en práctica una política de rehabilitación modelo a nivel europeo. La filosofía que le subyace consiste en que una política de rehabilitación debe esforzarse por garantizar oportunidades iguales a todos los ciudadanos a la vez que reconoce diferencias entre los individuos.

⁷ Helios II. Educación, "Actividades de intercambio e información. Informe 1994". Equipo de Expertos de la Comisión Europea, DG V. Editor: Ph. Lamoral

En 1985 una comisión de cualificados expertos recopiló la legislación suscitada en los distintos niveles nacionales a partir de esta resolución, una vez analizados estos textos nacionales en los que se valoró el grado de compromiso de los gobiernos, la coordinación de las medidas y servicios de rehabilitación, las pautas y tendencias de la integración de las personas minusválidas en la vida de la comunidad, se llegó a la conclusión de que los resultados no habían sido tan óptimos como se deseaba en la aprobación de esta resolución:

Nuestra valoración de la situación legislativa en los once estados participantes indica que el cambio de actitud que se ha producido recientemente en Europa para con las personas minusválidas ha dado lugar, en la mayor parte de los estados europeos, a una plétora de nuevos textos legislativos, con frecuencia poco sistemáticos y fragmentados, que pretenden reflejar tan rápidamente como pueden las nuevas tendencias que nacen en la rehabilitación. Sólo raramente se han redactado leyes que proporcionen un marco capaz de incluir todo el campo de la rehabilitación. Es por tanto necesario revisar la legislación nacional para garantizar que sus disposiciones sean coherentes y dejen de considerar la causa de la minusvalía para centrarse en su naturaleza, que la educación escolar y la rehabilitación médica y profesional se consideren como parte integrante de la rehabilitación social (Director de Asuntos Sociales y Económicos del Consejo de Europa)/ (Smyth, J. 1988, 62)⁸

En 1992 se realiza una revisión a esta Resolución, intentando adaptarla a los progresos científicos, tecnológicos y de gestión. El Consejo de Europa reelaboró un nuevo documento sobre "*Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía*", igualmente que en el anterior, se pretendió que sirviera de modelo de política de rehabilitación e integración para las autoridades nacionales. Este texto se

⁸**Rehabilitación Internacional (1988)** "Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena" Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid

adoptó como Recomendación⁹ por el Comité de Ministros el 9 de abril de 1992 durante la 474 reunión de Delegados de Ministros.

La política para las personas con discapacidad, según el documento, ha de basarse en los principios de:

- a) prevenir o eliminar la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias
- b) garantizar una participación plena y activa en la vida social de las personas con discapacidad, y
- c) ayudar a las personas con discapacidad a llevar una vida autónoma, según sus propios deseos.

Esta política comprende todos los campos de la vida en la sociedad y toma en cuenta todas las etapas del desarrollo individual. El texto establece objetivos precisos para las siguientes áreas:

1. Prevención
2. Identificación y diagnóstico
3. Tratamiento y ayudas terapéuticas
4. Educación
5. Orientación y formación profesional
6. Empleo
7. Integración social y entorno cotidiano
8. Protección social, económica y jurídica
9. Formación del personal relacionado con el proceso de rehabilitación e integración
10. Información
11. Estadísticas e investigación

⁹Recomendación n° R (92) 6 de 9 de abril de 1992

EN EL TERRENO DE LA INFANCIA Y LA PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA Y SUS EFECTOS

A. La Declaración Universal de los Derechos del Niño

Los datos sobre la infancia disponibles en los países europeos aún no son abundantes y, a veces, son difícilmente comparables. Se observa, sin embargo, una tendencia actual a proclamar la infancia como un conjunto de población específico, con características y necesidades propias. Desde la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos del Niño se evidencia una lenta pero sólida y creciente atención hacia la infancia, apoyada por muchos organismos internacionales, lo cual se interpreta como el nacimiento de una nueva época histórica para los niños (Ferran Casas, 1992, 6)¹⁰

La "*Declaración de los Derechos del Niño*" fue aprobada el 20 de noviembre de 1959 en la XIV Sesión de la Asamblea General de la O.N.U. De esta declaración cabe destacar los siguientes principios como los más significativos en el tema que nos ocupa:

a) Principio I

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritualmente y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad

b) Principio IV

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.

¹⁰Ferrán Casas (1992) *La Infancia Española en el Contexto Europeo* Infancia y Sociedad, 15, p.p: 5-35

c) Principio V

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

El 20 de noviembre de 1989, la ONU constituye la Convención de los Derechos del Niño. El 12 de Julio de 1990, el Parlamento Europeo adoptó una Resolución referente a la Convención de la ONU, en la que se invitaba a los estados miembros a ratificar dicha Convención en la mayor brevedad posible. España lo ratifica el 5 de Enero de 1991. Esta convención pasa a convertirse en el instrumento de mayor fuerza en materia de derechos infantiles en el marco europeo.

Los derechos del niño se agrupan bajo tres modalidades:

- Los derechos de protección
- Los derechos de provisión
- Los derechos de participación

B. Convenios/ Acuerdos y Resoluciones/ Recomendaciones del Consejo de Europa en Materia de Infancia

En cuanto a los convenios, por tanto de naturaleza vinculante, no hay ninguno que afecte a la población infantil de la que nos ocupamos, población con deficiencia o riesgo frente a la misma.

En cuanto a las resoluciones que pueden afectar de manera más o menos directa a la población infantil específica abordada, encontramos las siguientes:

- Resolución nº (78) 61 de 1978, sobre el papel del psicólogo, como miembro del equipo médico que atiende a padres, niños y adolescentes. Abarca el papel, la función y la formación del psicólogo y la investigación científica.
- Resolución nº (73) 1 de 1973 del Comité de Ministros sobre servicios sociales para los disminuidos físicos o mentales.
- Resolución nº R (90) 22 de 1990, sobre protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad. En ella se recomienda un trabajo multidisciplinario en los campos de salud y servicios sociales, y aconseja en lo referente a la salud mental de los niños.

C. Principios internacionales en materia de prevención de deficiencias o de los efectos de las mismas

Seguidamente vamos a exponer aquellos principios o normas internacionales en las que, de manera más o menos implícita, aparece una orientación en favor de la configuración de un servicio que garantice la prevención ante la deficiencia o riesgo frente a la misma y del que todo ciudadano puedan aprovecharse.

a) Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos

- *"el derecho del hombre a tener un nivel de vida adecuado".*

b) Artículos 11 y 14 de la Carta Social Europea¹¹

- Artículo 11: *"Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar (las medidas propuestas para ello son: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente, 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud)".*

¹¹Carta Social Europea. Turin 18 de Octubre de 1961. Consejo de Europa/ Estrasburgo

- Artículo 14: *"Toda persona tiene derecho a beneficiarse de servicios de bienestar social"*

c) Artículo 2 de la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental¹²

- *"El deficiente mental tiene derecho a una asistencia médica y a una rehabilitación física adecuada, así como a una educación, instrucción, capacitación, readaptación y guía que le ayuden a desarrollar al máximo sus posibilidades y aptitudes"*

d) Artículo 5 y 6 de la Declaración de los Derechos del Minusválido¹³

- Artículo 5: *"Los minusválidos tienen derecho a aquellas medidas destinadas a posibilitar su autoconfianza tanto como ello sea posible".*
- Artículo 6: *"Los minusválidos tienen derecho a tratamiento médico, psicológico y funcional, incluyendo, rehabilitación médica y social, educación....., asistencia, asesoramiento..... que permitan al minusválido desarrollar al máximo su talento y acelerar el proceso de integración o reintegración social".*

e) Principios de la 1ª Conferencia de R.I. sobre legislación de minusvalías¹⁴

- *"Los gobiernos deben aceptar la principal responsabilidad en la prestación de todos los servicios necesarios a las personas con discapacidad física y psíquica. Esa responsabilidad debía ser definida en la legislación de cada país, y debía establecerse una asignación para la financiación y administración de todos los servicios correspondientes"*

f) Principios de la 2ª Conferencia de R.I. sobre legislación de minusvalías¹⁵

- *"Se insiste en la necesidad de una acción basada en la comunidad y de una rehabilitación global adecuadamente estructurada y apropiadamente financiada."*

¹² ONU, 20 de noviembre de 1971. (A/Res/2856)

¹³ ONU, 9 de diciembre de 1975. (A/Res/3447)

¹⁴ Rehabilitación Internacional. 1ª Conferencia de Roma, 1971

¹⁵ Rehabilitación Internacional. 2ª Conferencia de Manila, 1975

Se concede la máxima prioridad al desarrollo de una legislación que garantizara la prevención de la discapacidad a través de servicios sanitarios primarios y por medio de los programas adecuados"

g) Resolución del 6 de mayo de 1975 del Consejo Económico y Social de la ONU¹⁶

- Resolución para la Prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas minusválidas. *"Se solicita de los gobiernos que adopten medidas legislativas que permitieran la prevención de la discapacidad y una eficaz organización de servicios para las personas minusválidas. Se solicita de los gobiernos una revisión de los servicios existentes y que incluyeran proyectos sobre prevención de la discapacidad y rehabilitación en los planes nacionales del país"*

h) Resolución del 9 de mayo de 1979 del Consejo Económico y Social de la ONU¹⁷

- Se aprueba una resolución sobre la prevención de la discapacidad, recomendando a los gobiernos que *"desarrollaran un plan de protección contra diversos riesgos originadores de discapacidades y promocionaran medidas de prevención específicas"*

i) Objetivo de la Proclamación del Año Internacional de las Personas Minusválidas¹⁸

- Entre los objetivos del año se incluía *"la promoción de los esfuerzos nacionales e internacionales para promover la adopción de medidas eficaces para la prevención de discapacidades y para la rehabilitación de las personas afectadas por ellas. Entre estas medidas se encuentra la integración de servicios que así facilitara esta prevención y rehabilitación"*¹⁹

¹⁶Resolución del Consejo Económico y Social 1.921 (LVIII) de 6 de Mayo de 1975

¹⁷A/ Res/31/133 de 16 de mayo de 1979

¹⁸ONU, 16 de diciembre de 1976. A/Res/71/123)

¹⁹Mara, G. (1988) *"Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad/ Congreso de Viena, pp: 23"*. INSERSO:Madrid.

j) Definición y clasificación de los niveles de prevención de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías²⁰

- En la que se habla de tres niveles o estadios diferentes derivados de la enfermedad: *Deficiencia* (toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica); *Discapacidad* (toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano); *Minusvalía* (situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso).
- La OMS, a partir de esta clasificación, propone por primera vez tres niveles de prevención: primaria (causas genéticas, etc.), secundaria (despistaje y tratamiento de lesiones) y terciaria (prevención de las consecuencias sociales invalidantes).

k) Objetivos de la Carta para los Años 80 de Rehabilitación Internacional²¹

- Como objetivos fundamentales a desarrollar en el decenio propone, "*impulsar en cada nación un programa que prevenga tantos casos y deficiencias como sea posible y asegurar que los servicios preventivos necesarios estén al alcance de cada familia y cada persona*" y "*asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado disfrute de todos los servicios de rehabilitación, apoyo y asistencia necesarios para reducir los efectos minusvalidantes que pueda acarrear la discapacidad y para posibilitar a todos una vida y un papel constructivo en la sociedad*".
- Al mismo tiempo, en esta carta se proponen unas metas a alcanzar entre las que se encuentran, tanto a nivel comunitario, como nacional o internacional, "*la adopción de medidas para favorecer la integración, la detección y el tratamiento tempranos*". Se incorporan tres estrategias de intervención relacionando los tres

²⁰OMS (1980)/Versión española: OMS (1982) "Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías" INSERSO: Madrid

²¹XIV Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional en Winnipeg, Canadá. 26 de Junio de 1980

niveles de deficiencia, discapacidad y minusvalía; entre estas estrategias de intervención se señala la primera como la de *prevención*, en situación de enfermedad o riesgo frente a la deficiencia o discapacidad.

l) Objetivos del Programa de Acción Mundial y el Decenio de los Impedidos²²

- Los propósitos de este programa y proclamación del decenio 1983-1993, fue básicamente el de *"promover medidas para la prevención de las deficiencias, la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y participación plena de las personas con discapacidad en la vida social"*.
- También aquí se vuelve a relacionar las estrategias de intervención, entre las que aparece la *prevención*, con los distintos estadios en los que se puede encontrar el individuo: deficiencia, discapacidad y minusvalía.
- La ampliación de la implantación del PAMPD de cara al año 2000²³ parte del siguiente objetivo entre otros: *"Incrementar el bienestar de las personas con discapacidad asegurando una prevención eficaz, una rehabilitación para todo aquel que lo necesite y unos adecuados servicios de apoyo"*.

m) Los objetivos del programa europeo HELIOS I²⁴ y II²⁵

- A partir del Programa Helios I, se llevaron a cabo un grupo de Conferencias internacionales en materia educativa. En una de ellas, la tercera, celebrada en Valladolid en 1991, se concluyó diciendo que *"el sistema educativo debe garantizar la escolarización adecuada a todos los alumnos, estableciendo para ello mecanismos de prevención, identificación, de evaluación y de respuestas educativas coherentes a las necesidades de todos ellos"*.
- La aprobación del Programa Helios II supuso prolongar las acciones emprendidas en la etapa del Programa Helios I pero que no se desarrollaron tal y como era lo

²² Asamblea General de la ONU. A/Res/37/52 y A/Res/37/53 de 3 de Diciembre de 1982

²³ "Hacia una Sociedad para Todos". United Nations Expert Group (Comisión de Desarrollo Social de la ONU), Vancouver 25-29 de abril de 1992

²⁴ Comunidad Europea. Decisión 88/231/CEE de 18 de abril de 1988, por la que se adopta un segundo programa de acción de la comunidad en favor de los minusválidos (HELIOS) (D.O.C.E. 23-4-88)

²⁵ Comunidad Europea. Decisión del Consejo de 25 de Febrero de 1993 por la que se aprueba el tercer programa de acción comunitaria para las personas minusválidas- HELIOS II 1993-1996 (D.O.C.E. 9-3-93)

deseable; entre estas actividades se propusieron *"las de prevención, ayuda temprana, readaptación funcional y enseñanza preescolar"* entre otras.

- Uno de los informes²⁶ más reciente de valoración de la aplicación del Programa Helios II, dedica uno de sus tres capítulos *"a la recogida de información en torno al área específica de la Atención Temprana"*, al considerar *"la atención educativa temprana (detección, intervención y acciones precoces) como una fase fundamental para las siguientes etapas educativas por las que pasará el alumno"*

n) Objetivos del Consejo de Europa en su Recomendación²⁷ de "Una Política Coherente para la Rehabilitación de las Personas con Minusvalía"

- Según esta recomendación de 1992, la política para las personas con discapacidad debe basarse en los principios de *"prevenir o eliminar la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias"* entre otros.
- En el texto se establecen objetivos precisos para las áreas de *"prevención, identificación y diagnóstico, tratamiento y ayudas terapéuticas, etc."*

Los programas nacionales y la legislación que se relaciona con la rehabilitación deberían sobre todo hacer hincapié en la prevención de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, desde una intervención lo más precoz posible, así como con los medios que permitan una participación plena de la persona en el proceso de rehabilitación. Estos programas deberían tener en cuenta tanto los factores endógenos y exógenos al individuo como su discapacidad. La prevención tiene por objeto eliminar los riesgos de la deficiencia o de discapacidad o de restringir sus efectos. El diagnóstico precoz de forma sistemática, obligatoria o voluntaria, siguiendo las prácticas en vigor en los Estados miembros, ofrece la doble posibilidad de: eliminar o combatir a partir de la aparición de la afección o de la deficiencia, el o los agentes que lo provocan y emprender una rehabilitación precoz de las personas afectadas (Punto 3 de la Introducción/ Métodos)

²⁶ Helios II. Educación. "Actividades de intercambio e información. Informe 1994". Equipo de Expertos de la Comisión Europea. DG V. Editor: Ph. Lamoral

²⁷ Consejo de Europa (474 Reunión de Delegados de Ministros). Recomendación nº R (92) 6 de 9 de abril de 1992.

o) Principios I, IV y V de la Declaración Universal de los Derechos del Niño²⁸

- Principio I: *"El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad."*
- Principio IV *"El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal".*
- Principio V: *"El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular".*

CONCLUSIÓN

Tal y como hemos podido comprobar a lo largo de los apartados anteriores, la actividad política desarrollada a nivel internacional a partir de la declaración universal de los derechos del minusválido (1971, 1975) hasta el momento ha sido muy importante, así como la repercusión que este marco legal ha tenido sobre las distintas políticas nacionales, de forma especial en los países en los que las iniciativas políticas descansan sobre el principio de *bienestar social*.

El reflejo de los efectos de este marco legal a nivel internacional, desarrollado a partir de la declaración de los derechos del minusválido, lo podemos sintetizar de la siguiente manera.

²⁸XIV Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959

A lo largo de los años 70 y principios de los 80, se consiguen aspectos tan importantes en el mundo de la minusvalía a nivel mundial como:

1. El reconocimiento y la defensa mundial de los derechos de la persona minusválida, a quien se le reconoce los mismos derechos que a cualquier otro individuo, además de otros más específicos.
2. La propuesta de una cobertura suficiente de sus necesidades específicas
3. La propuesta del establecimiento y desarrollo de toda una red de servicios básicos para cubrir estas necesidades, así como la disponibilidad y preparación de los profesionales implicados en esta labor.
4. El inicio de un largo camino hacia la integración social y normalización en el tratamiento del minusválido, jugando un importante papel la integración educativa como el primer paso hacia esa integración y proceso de normalización.
5. El inicio de una intensa campaña de prevención de la minusvalía, principalmente en el ámbito de la prevención primaria
6. La propuesta de un marco legal, tanto a nivel nacional como comunitario, que sustente todo un sistema de tratamiento específico y adecuado a las necesidades que presenta la población con minusvalía, así un sistema de prevención frente a la mismas.

Pero los avances más importantes tienen lugar **a partir del Año Internacional de las Personas Minusválidas (1981)**, algo que queda perfectamente demostrado a lo largo de la revisión sobre la normativa internacional expuesta en el apartado anterior. Entre los acontecimiento que influyen de manera más decisiva en este avance encontramos:

- Una nueva concepción de salud y la incorporación de un nuevo principio, la *calidad de vida*
- El Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad (1982) y el Decenio de los Impedidos(1983-1993)

A. La nueva concepción de salud y la incorporación de un nuevo principio, la calidad de vida

La OMS asume el término salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad o discapacidad, contempla la salud como una condición positiva que afecta a la persona en su totalidad, inmersa en el contexto de su situación. La consecuencia de este concepto positivo y relativo de salud es que todas las personas, sin consideración de sus actuales circunstancias o edad, pueden alcanzar el bienestar haciendo pleno uso de las capacidades funcionales de que dispone (Pinet, G. 1988, 47-48)²⁹

La persona afectada por una deficiencia y, por tanto, por una enfermedad o alteración orgánica, no deja de ser objeto de mejora, los niveles de su salud pueden y deben optimizarse siempre, pese a padecer una anomalía. Asegurar la salud de una persona significa luchar con todos aquellos medios de los que se dispongan para asegurar aquella capacitación individual y social que proporcionen los mejores niveles de bienestar físico, mental y social.

La salud para todos exige la creación de mecanismos que promuevan la capacidad de salud que poseen las personas y la eliminación de cuantas barreras puedan impedir la utilización del potencial disponible. Exige así mismo el incremento de una conciencia de salud como importante recurso que conduce a una vida satisfactoria y al desarrollo de las actitudes y habilidades que permitan hacer pleno uso de la capacidad de salud, ya sea plena o residual, para enfrentarse a la vida (Pinet, G. 1988, 47-48)³⁰

Al mismo tiempo, la OMS (1980) elabora una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En ella se contemplan los tres niveles o

²⁹Rehabilitación Internacional (1988)"Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena" Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid

³⁰Rehabilitación Internacional (1988)"Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena" Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid

estados que van sucediéndose desde la aparición de una alteración orgánica con afectación psicofísica. Aborda el tema de la prevención como un proceso amplio. Un proceso que no sólo reduce la aparición de una enfermedad, sino también los efectos de una enfermedad en términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Mejorar la calidad de un individuo y asegurar su salud obliga a contemplar las oportunidades que un proceso preventivo, en el sentido más amplio, nos puede ofrecer.

Muy ligado ha esta nueva concepción de *salud* se encuentra el término de *calidad de vida*. Entre las distintas definiciones que se han ofrecido últimamente están las siguientes (Schalock y Bogale, 1990)³¹:

- Satisfacción con la suerte de uno mismo en la vida y sentido de satisfacción con las propias experiencias del mundo (Taylor y Bodgen, 1990)
- Un sentimiento de satisfacción personal que es más que contento y alegría pero menos que sentido o realización (Coulter, 1990)
- Un bienestar general que es sinónimo de satisfacción general con la vida, felicidad, contento o éxitos (Start y Goldsbury, 1990)
- La habilidad para adoptar un estilo de vida que satisface los deseos y necesidades únicas de uno mismo (Karen, Lambour y Greenspan, 1990)
- Blatt, 1987, enfatiza la naturaleza temporal, relativa e individual de la definición de calidad de vida.

Esta nueva concepción de salud y el principio de calidad de vida como nueva meta a perseguir a nivel individual, obliga a establecer un mayor compromiso en todo lo concerniente al tratamiento de personas que padecen una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

³¹ Schalock, R. (1990). Attempts to conceptualize and measure quality of life. En Schalock y Bogale, *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC: American association of Mental Retardation

Cualquier declaración, principio o resolución legislativa en materia de minusvalía debe ir encaminada a asegurar estos niveles de calidad de vida; por tanto, ya no es suficiente con asegurar un medio adecuado para el desarrollo de una persona con deficiencia, sea éste, institucional u ordinario y lo más normalizado posible, sino que hay que buscar aquellos mecanismos, estrategias o alternativas desarrolladas por las disciplinas encargadas del estudio de la deficiencia, que aseguren estos niveles de salud y de calidad de vida. Asegurar estos niveles de calidad de vida implica reducir o minimizar al máximo posible los efectos de una deficiencia en términos de discapacidad y los efectos de una discapacidad en términos de minusvalía; sin olvidar, claro está, la evitación de la enfermedad causante de la deficiencia o los efectos de la misma en términos de deficiencia.

Las personas encargadas de crear y configurar la normativa internacional se enfrentan a un nuevo reto, asegurar unos niveles de calidad a toda aquella persona que sufre una deficiencia o se encuentra en riesgo frente a ella, siendo conscientes de las nuevas posibilidades que en materia de rehabilitación y prevención ofrecen los distintos campos disciplinares implicados en el estudio de la deficiencia, entre ellos, la Atención Temprana; prueba de ello son los avances científicos en el que por estos años, década de los 80 y 90, se encontraba dicha disciplina

B. El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982) y el Decenio de los Impedidos(1983-1993)

La aprobación de este plan y la proclamación del decenio de los Impedidos (83/93) significa la consolidación de muchos de los principios proclamados en favor del minusválido en la década anterior. Son muchas las iniciativas las que intentaron llevar a cabo una mayor aproximación al campo de actuación, sin olvidar el nuevo enfoque que el término *salud y calidad de vida* había proporcionado al mundo de la deficiencia. A

través de los distintos proyectos, programas y normativas internacionales se vislumbran dos claras líneas de actuación:

1. Las medidas encaminadas a proporcionar niveles más reales de integración de la persona discapacitada. Entre ellas nos encontramos con la eliminación o reducción a mínimos de la modalidad de internamiento o institucionalización, la de conformar un auténtico sistema de integración educativa y la de favorecer toda las actividades sociales del minusválido en un ambiente lo más normalizado e integrado posible dentro de su sociedad y comunidad, eliminando el mayor número de barreras y adaptando el mayor número posibles de medios y servicios sociales a las necesidades de todos los individuos.
2. Las medidas encaminadas a proporcionar a los individuos el mayor nivel de capacitación individual y social posible a través de todo un despliegue y organización de servicios y profesionales. Se favorece y apoya la creación y desarrollo de un sistema de rehabilitación y prevención capaces de cubrir las necesidades que la población con deficiencia, discapacidad, minusvalía o riesgo frente a las mismas presenta.

La prevención ya no sólo se contempla de forma restringida, como un mecanismo que evita el origen o causa de la deficiencia (prevención primaria), sino, y de forma complementaria, como un mecanismo que impide que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas³².

Esta dimensión preventiva, adquiere un gran protagonismo en toda la normativa internacional de los últimos años, tal y como podemos comprobar. Situación lógica si tenemos en cuenta los beneficios que esta iniciativa tiene a nivel mundial, nacional y comunitario:

³² Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad (1988). Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: Madrid

- Un mayor acercamiento a la filosofía que subyace a la proclamación de los derechos de la persona, garantizando así mayores niveles de capacitación, independencia y autonomía individual y social y, por tanto, alcanzando mayor amplitud en calidad de vida en el individuo y su entorno familiar.
- Esto a su vez proporciona mayores posibilidades individuales de cara a la integración y disponibilidad y uso de los servicios de su sociedad bajo el principio de normalización. Aspecto que la comunidad internacional ha perseguido con verdadero interés.
- Por último, toda solución de carácter preventivo reduce, en mayor o menor medida, costes en tratamientos futuros. Aspecto siempre interesante en toda iniciativa de carácter político.

En palabras del representante de las Comunidades Europeas ante la Asamblea General de la ONU, al clausurar el Año Internacional del minusválido:

En este largo camino, la prevención de la minusvalía es, sin duda, el más importante problema que hay que abordar, no sólo en los países industrializados como, por ejemplo, en los países miembros de las Comunidades Europeas, sino también en los países en vías de desarrollo"

(Barson A., 1981, 177)³³

Dentro de toda propuesta de carácter preventivo emitida durante los últimos años, tal y como hemos podido comprobar, aparece un tratamiento específico a la detección y tratamiento temprano. Prueba de ello es el capítulo dedicado al informe de 1994 sobre la aplicación del programa HELIOS II en el ámbito educativo³⁴. Y de forma especial, hay que hacer referencia al tratamiento que, sobre Atención Temprana, realiza el Consejo de Europa en su Recomendación sobre *"Una Política Coherente para la Rehabilitación de las Personas con Minusvalía"*³⁵

³³Rehabilitación Internacional (1988) "Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena" Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid

³⁴Helios II. Educación. "Actividades de intercambio e información. Informe 1994". Equipo de Expertos de la Comisión Europea, DG V. Editor: Ph. Lamoral

³⁵Consejo de Europa (474 Reunión de Delegados de Ministros). Recomendación nº R (92) 6 de 9 de abril de 1992.

Podemos concluir verificando nuestro Supuesto 2.1.1: *Actualmente, la Atención Temprana, cuenta con un marco internacional bajo cuya normativa se apoya su configuración y desarrollo como sistema concreto de actuación.*

2.3 PRINCIPIOS Y NORMATIVA INTERNACIONALES QUE AVALAN LA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.1.2: *Este marco internacional da respuesta a la necesidad teórica de llevar a cabo una actuación interdisciplinar a través de una propuesta de naturaleza interinstitucional.*

<p>EL CAMBIO EN LA DISPOSICIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DESTINADOS AL TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA</p>

A. La normativa internacional frente a la disposición y la organización de servicios en el tratamiento a la deficiencia

a) Parte I, punto 14 y parte II, artículo 13 (3) de la Carta Social Europea³⁶

- Punto 14: *"Toda Persona tiene derecho a beneficiarse de servicios de bienestar social".*
- Artículo 13(3): *"Disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar"*

³⁶Carta Social Europea. Turin 18 de Octubre de 1961. Consejo de Europa/ Estrasburgo

b) Introducción y artículo 4 de la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental³⁷

- Introducción: *"Hay que tener presente la necesidad de ayudar a los deficientes mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas actividades, así como promover, tanto como sea posible, su integración en la vida social normal"*.
- Artículo 4: *"Siempre que sea posible, el deficiente mental tiene que vivir con su propia familia y participar en las diferentes formas de la vida comunitaria"*

c) Introducción, punto 6; artículos 5, 6 y 9 de la Declaración de los Derechos del Minusválido³⁸

- Introducción (6): *"Teniendo en cuenta la necesidad de evitar minusvalías físicas y mentales y de ayudar a las personas disminuidas a desarrollar su potencial en las más variadas ramas de la actividad humana y promocionar su integración en la sociedad tanto como ella sea posible"*. Artículo 5: *"Los minusválidos tienen derecho a aquellas medidas destinadas a posibilitar su autoconfianza tanto como ello sea posible"*.
- Artículo 6: *"Los minusválidos tienen derecho a tratamiento médico, psicológico y funcional, incluyendo aparatos ortopédicos, rehabilitación médica y social, educación, formación profesional y rehabilitación, asistencia, asesoramiento, servicios de colocación y otros que permitan al minusválido desarrollar la máximo su talento artesano o profesional y acelerar el proceso de integración o reintegración social"*.
- Artículo 9: *"Los minusválidos tienen derecho a vivir con sus familias y a participar en todas las actividades sociales, creativas o recreativas"*

d) Principios 1, 4 y 6 (k) de la 1ª Conferencia de R.I. sobre legislación de minusvalías³⁹

- Principio 1: *"Cada país debe promulgar legislación para proteger los derechos de todas las personas minusválidas y para asegurar la prestación de los servicios*

³⁷ONU, 20 de noviembre de 1971. (A/Res/2856)

³⁸ONU, 9 de diciembre de 1975. (A/Res/3447)

³⁹Rehabilitación Internacional. 1ª Conferencia de Roma, 1971

educativos, médicos, sociales y otros que permitan a todos los minusválidos disfrutar de sus derechos y desarrollar plenamente sus potenciales".

- Principio 4: *"El objetivo último de toda legislación para minusválidos es la integración completa de los minusválidos en la comunidad, y permitir a las personas minusválidas llevar una vida tan normal como sea posible sin tener en cuenta la vida productiva".*
- Principio 6 (K): *"La legislación adecuada debe incluir medidas para la coordinación eficaz a todos los niveles, de los servicios prestados por los organismos. Se debe hacer especial hincapié en la coordinación de los servicios con las necesidades de cada persona minusválida"*

e) Principio 3 y Recomendación 1ª (b) de la 2ª Conferencia de R.I. sobre legislación de minusvalías⁴⁰.

- Principio 3: *"Todos los países en vías de desarrollo deberían legislar antes de 1981 garantizando el derecho al acceso y al disfrute de los servicios educativos, médicos, sociales y profesionales que permitan a todos los minusválidos disfrutar de sus derechos y desarrollar todas sus potencialidades".*
- Recomendación 1ª (b): *"Se debe crear un plan de rehabilitación en el que se establezcan prioridades, roles respectivos y responsabilidades de los sectores gubernamentales y se proponen métodos adecuados para asegurar una coordinación del esfuerzo total para la rehabilitación y el bienestar de las personas minusválidas"*

f) Objetivo y Recomendación 4 de la Proclamación del Año Internacional de las Personas Minusválidas⁴¹.

- Objetivo: *"Promocionar los esfuerzos nacionales e internacionales para proporcionar ayuda, formación y orientación a las personas minusválidas, crear*

⁴⁰Rehabilitación Internacional. 2ª Conferencia de Manila. 1975

⁴¹ONU, 16 de diciembre de 1976. A/Res/71/123)

oportunidades de trabajo y asegurar su plena integración en la sociedad, promover la adopción de medidas eficaces para la prevención de discapacidades y para la rehabilitación de las personas afectadas por ellas".

- Recomendación 4: *"Establecimiento de una máquina gubernamental adecuada para la coordinación de todas las directrices elaboradas para las personas minusválidas".*

g) Objetivo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías⁴²

- *"Identificación de necesidades y puesta en marcha de intervenciones concernientes al ámbito físico (movilidad, comunicación, etc.), psicológico y social (prestaciones y servicios)"*

h) Objetivo 2 y 3 de la Carta para los Años 80 de Rehabilitación Internacional⁴³

- Objetivo 2: *"Asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado disfrute de todos los servicios de rehabilitación, apoyo y asistencia necesarios para reducir los efectos minusvalidantes que pueda acarrear la discapacidad y para posibilitar a todos una vida y un papel constructivo en la sociedad".*
- Objetivo 3: *"Dar los pasos necesarios para asegurar la máxima integración posible y la participación igualitaria de las personas discapacitadas en todos los aspectos de la vida de su comunidad".*

i) Objetivo del Programa de Acción Mundial y el Decenio de los Impedidos⁴⁴

- *"El propósito del PAMPD es promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de "igualdad" y de "plena participación" de las personas con discapacidad en la vida*

⁴²OMS (1980)/Versión española: OMS (1982) "Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías" INSERSO: Madrid

⁴³XIV Congreso Mundial de Rehabilitación Internacional en Winnipeg, Canadá. 26 de Junio de 1980

⁴⁴Asamblea General de la ONU. A/Res/37/52 y A/Res/37/53 de 3 de Diciembre de 1982

social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultantes del desarrollo social y económico"

j) Los objetivos del programa europeo HELIOS I⁴⁵ y II⁴⁶. Los objetivos de dicho programa son básicamente, la integración escolar, económica y social del deficiente.

k) Objetivo, Directiva y Métodos del Consejo de Europa en su Recomendación⁴⁷ de "Una Política Coherente para la Rehabilitación de las Personas con Minusvalía".

- Objetivo: La política para las personas con discapacidad ha de basarse en los principios de *"prevenir o eliminar la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias, garantizar una participación plena y activa en la vida social de las personas con discapacidad y ayudar a las personas con discapacidad a llevar una vida autónoma, según sus propios deseos"*. *"Los estados deben llevar una política coherente, amplia y global en cooperación con las personas con minusvalía y las asociaciones de minusválidos con el fin de garantizarles la ayuda necesaria"*.
- Directiva general: *"Se debe establecer un programa de rehabilitación mediante un proceso global, continuo y personalizado de prestaciones que comienza desde la aparición de la deficiencia y cuyas fases sucesivas se extiendan hasta la integración profesional y social, evitando igualmente la necesidad de una atención institucionalizada permanente"*. *"Se debe garantizar una cooperación estrecha y precoz entre servicios y autoridades encargadas de la salud, la educación, la formación profesional, el empleo.....y establecer lazos y mecanismos de coordinación entre organismos, administraciones, autoridades regionales y locales."*

⁴⁵Comunidad Europea. Decisión 88/231/CEE de 18 de abril de 1988, por la que se adopta un segundo programa de acción de la comunidad en favor de los minusválidos (HELIOS) (D.O.C.E. 23-4-88)

⁴⁶Comunidad Europea. Decisión del Consejo de 25 de Febrero de 1993 por la que se aprueba el tercer programa de acción comunitaria para las personas minusválidas- HELIOS II 1993-1996 (D.O.C.E. 9-3-93)

⁴⁷Consejo de Europa (474 Reunión de Delegados de Ministros). Recomendación n° R (92) 6 de 9 de abril de 1992.

- Métodos: *"La rehabilitación médica constituye una fase esencial del proceso de rehabilitación. Debe desarrollarse en relación estrecha con las acciones educativas, profesionales y otras inherentes al proceso". "La coordinación tiene un papel esencial que jugar en una política coherente en materia de rehabilitación. Esta coordinación debe estimularse a nivel nacional, regional y local". " La tendencia que prevalece en ciertos países a pasar de un sistema de rehabilitación intra-muros a una situación de vida más independiente implica una transformación importante del sistema de atención a las personas con minusvalía. Esta transformación necesita que se adapten los servicios existentes en favor de estas personas a esta nueva exigencia. Las políticas deben tender a la sustitución progresiva de un sistema de atención dispensado sobre todo en establecimientos especializados, por un sistema de atención menos institucional y más abierto"*

El marco normativo a nivel internacional en el tratamiento a la deficiencia, supone un cambio importante en materia de disposición y organización de los servicios comunitarios. Estos cambios vienen dados principalmente a partir de:

1. los avances conseguidos en el estudio e investigación multidisciplinar sobre técnicas de prevención y rehabilitación de la deficiencia. Como consagración del "Paradigma de Rehabilitación"⁴⁸.

El paradigma de la rehabilitación centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Por ello, se precisa su rehabilitación (física, psíquica o sensorial) mediante la intervención profesional de diferentes especialistas que mantienen el control del proceso. Los resultados de ese proceso de rehabilitación se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación en un empleo remunerado (Verdugo Alonso, 1995,9)⁴⁹

⁴⁸Verdugo Alonso (1995, 8)

⁴⁹Verdugo Alonso (1995) *Personas con Discapacidad: Perspectiva Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. Siglo XXI:Madrid

2. la puesta en marcha del principio de *Normalización*⁵⁰ en materia de minusvalías.

Como consagración del "Paradigma de Autonomía Personal"⁵¹

*El paradigma de la autonomía personal nace emparentado con la defensa de los derechos civiles de colectivos sociales minoritarios o marginales..... Se subraya como elemento fundamental la autodeterminación de las personas para decidir su propio proceso de rehabilitación, y se persigue como meta prioritaria la supresión de las barreras físicas y sociales del entorno que les rodea (Verdugo Alonso, 1995, 9)*⁵²

B. El modelo tradicional de prestación y organización de estos servicios

*Al hablar de "Modelo Tradicional" se hace referencia a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad, que asigna un papel de marginación orgánico-funcional y social a las personas con discapacidad porque las ubica en un sitio marcado, en un puesto asignado, con plaza permanente entre los atípicos y los pobres, con el denominador común de la dependencia y el sometimiento (Puig de la Bellacasa, 1990, 64)*⁵³

El proceso que tradicionalmente ha venido dándose en el tratamiento a la deficiencia ha sido el siguiente:

- 1º Detección clínica de una *deficiencia* de manifestación orgánica.
- 2º Las expectativas de cambio en la funcionalidad y capacitación del individuo con alteración orgánica son mínimas, por tanto, no se considera que pueda jugar un papel dentro de su sociedad. Estas limitaciones funcionales y de capacitación le impiden desenvolverse con normalidad en el contexto de su comunidad.
- 3º Se inicia el paso a un tratamiento con características propias. Tratamiento centralizado e institucionalizado en un contexto *especial y específico*, alejado de

⁵⁰ Hank-Mikkelsen 1969, 1975, 1979/ Nirge, 1969,1976/ Wolfensberger, 1972

⁵¹ Verdugo Alonso (1995, 9)

⁵² Verdugo Alonso (1995) *Personas con Discapacidad: Perspectiva Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. Siglo XXI:Madrid

⁵³ Puig de Ballecas (1990) Fronteras del enfoque médico-industrial de la rehabilitación médico-funcional y vocacional, en *Alternativas institucionales de rehabilitación. Documentos y experiencias*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía

los servicios comunitarios de uso común al resto de población. El tratamiento se centraliza en un único servicio, específico para la población con deficiencia psicofísica. El deficiente no entra a formar parte de las prestaciones comunitarias dadas a población normal, como podían ser las educativas (sistema ordinario de enseñanza), o las sociolaborales (sistema ordinario sociolaboral).

4º En esta institución, se le presta un servicio asistencial, donde los cuidados y la protección son la base de su tratamiento. Se proponen objetivos adaptados a las posibilidades que esta población presenta; por tanto, las expectativas y exigencias son muy limitadas, también la finalidad del tratamiento está limitada: el individuo tiene que aprender a desenvolverse en el contexto en el que se encuentra y se va a encontrar en un futuro, y para el único para el que está preparado debido a su incapacidad, la institución en la que queda acogido.

5º El personal dedicados al tratamiento de esta población, es un cuerpo de profesionales de distinta naturaleza disciplinar, especializados en el desarrollo y aplicación de los objetivos específicos de la institución.

6º La sanidad sólo participa en este tratamiento a través de la detección orgánica de la deficiencia y el diagnóstico, la prevención primaria y el tratamiento de la enfermedad en términos de *cantidad de tiempo vivido*, como derecho de todo ser humano, sea éste deficiente o no lo sea. Prácticamente es de la única prestación que comparte con el resto de la población.

C. El nuevo modelo de prestación y organización de estos servicios

Tal y como hemos introducido en el inicio de este apartado, a partir del desarrollo a nivel internacional del *Principio de Normalización* y de los avances en técnicas de prevención y rehabilitación con implicación de diversos campos disciplinares, la situación de la población con deficiencia cambia substancialmente. Se abre una nueva expectativa, y ya no sólo para el individuo que sufre una deficiencia, sino para el que se encuentra en

situación de riesgo ante la misma. Esta nueva expectativa va a generar un importante cambio en la prestación y organización de los servicios.

1º Detección clínica precoz de una *deficiencia* de manifestación orgánica o de una situación de riesgo frente a la misma.

2º Las expectativas de cambio, mejora y optimización frente a una situación de deficiencia o discapacidad son importantes. No sólo se puede prevenir una deficiencia en situación crítica o de riesgo, sino, reducir los efectos de la misma en términos de discapacidad o minusvalía siempre que su detección y tratamiento sea precoz. También las expectativas de cambio o mejora frente a una discapacidad o minusvalía ya establecida son importantes, si tenemos en cuenta el poder de la rehabilitación. La optimización de este estado psicofísico, a través de la potenciación de las funciones y capacidades individuales, van a permitir al individuo alcanzar mejores niveles de desenvolvimiento individual y social en el contexto de su propia comunidad, logrando una mayor integración en un contexto normalizado.

3º Se opta por una descentralización de las prestaciones dadas a la población que sufre la minusvalía. La institución específica y especial, alejada de las instituciones que prestan sus servicios al resto de la sociedad, tiende a desaparecer. Toda persona con deficiencia, discapacidad o minusvalía, pasa a recibir las prestaciones en el marco de su comunidad, optando a las mismas prestaciones que los servicios comunitarios ofrecen a la población normal: educación, bajo la inclusión en el sistema ordinario de enseñanza; social, bajo el sistema ordinario de empleo, de actividades culturales o deportivas, etc. Ahora, los servicios comunitarios tienen que buscar, en sí mismos, una adaptación a las necesidades específicas de toda la población a la que atienden, padezca ésta una condición de deficiencia o no. Ello supone realizar una modificación y remodelación en la prestación de los mismos, tanto a nivel de recursos materiales como humanos.

4º El objetivo y finalidad en el tratamiento se amplía y diversifica, puesto que también se han ampliado las expectativas en cuanto a posibilidades individuales y

sociales. La funcionalidad y capacitación individual puede potenciarse, optimizarse y mejorarse, al mismo tiempo que evitarse en la medida que se controle una situación de riesgo de forma precoz. La finalidad se ubica en el terreno de la adquisición de altos niveles de integración y participación social en el contexto familiar y comunitario del individuo.

5° Debido a la adaptación y acomodación que los servicios tienen que realizar para hacer frente a la nueva demanda de la población atendida, concretamente en la disponibilidad de recursos, los profesionales encargados de la prestación de los mismos deben familiarizarse y prepararse para cubrir las nuevas necesidades de la población con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, de forma especial, en el ámbito educativo, sanitario y social.

6° Los servicios sanitarios, una vez consolidado el nuevo concepto de salud en términos de calidad de vida, adquieren un importante protagonismo en el tratamiento a la deficiencia, tanto en el terreno rehabilitador como, sobre todo, en el preventivo.

D. Consecuencias más importantes de esta remodelación en la prestación y organización de servicios

Como hemos podido comprobar tras esta breve exposición, la nueva situación y panorama internacional se centra en hacer frente, a través de la red de servicios comunitarios, a todo un proceso *preventivo, rehabilitador* y de *equiparación de oportunidades*⁵⁴ en el tratamiento a la deficiencia, lo que supone una importante remodelación en la prestación y organización de los tradicionales servicios nacionales, comunitarios y locales.

⁵⁴Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad (1982)

Contemplar el tratamiento desde esta triple perspectiva, preventiva-rehabilitadora-equiparación de oportunidades, significa haber conseguido una armonización de los paradigmas a los que hemos hecho referencia en el inicio de este apartado, *Paradigma de la Rehabilitación* y el *Paradigma de la Autonomía Personal*. Esta armonización viene dada, en gran medida, por las aportaciones que en esta materia realizó la "Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías" (OMS, 1980), abordadas de forma más amplia y específica, dos años después, por el "Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad" (ONU, 1982).

Es así, como la atención o asistencia a la minusvalía se convierte en un amplio proceso, basado en una *intervención* de triple naturaleza, *médica*⁵⁵, *psicopedagógica* y *psicosocial*⁵⁶, pero en definitiva, sin dejar de constituir un proceso global y unificado, asegurando esa prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades. Pero, ¿dónde quedarían ubicados estos tratamientos teniendo en cuenta la naturaleza y características de los servicios propios del ámbito comunitario, de los cuáles tienen que recibir las prestaciones la población con deficiencia o riesgo a la misma?

No podemos hablar de un ámbito concreto y específico para cada uno de estas intervenciones, pero sí de aquellos que de manera más directa estarían implicados y preparados para poder dispensar dicha intervención en el marco de los servicios que normalmente presta, nos referimos a los ámbitos *sanitario*, *educativo* y *social*.

Todos ellos adquieren un mayor protagonismo en una u otra fase a lo largo de todo el proceso, por ejemplo el médico, en el inicio del proceso, fase *preventiva*; el social en la última fase, la de *equiparación de oportunidades*; y el educativo en todo momento, como apoyo y puente entre la *prevención* y la *rehabilitación* de la capacitación individual y, a su vez, como apoyo y bisagra entre ambas y la *equiparación de*

⁵⁵Verdugo Alonso (1995,15)

⁵⁶Verdugo Alonso (1995, 15)

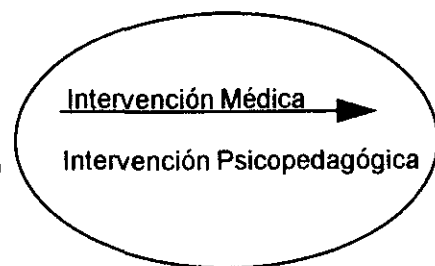
oportunidades, buscando que la persona viva tan plenamente como sea posible dentro de su ambiente habitual. Pero ninguno de los tres, sanitario, social y educativo, dejan de tener una presencia a lo largo de todo el proceso en cualquiera de sus fases. Este nuevo marco de prestaciones supone, además de una lógica renovación en cada uno de los ámbitos encargados de las mismas: social, sanitario y educativo, un importante esfuerzo en materia de unión y cohesión del proceso. El individuo tiene derecho a recibir un tratamiento globalizado a lo largo de su vida, con la coherencia y continuidad suficiente.

a) El ámbito sanitario, desde el *enfoque médico*, tiene que abrir sus puertas a dos nuevos niveles de prevención, segundo y tercero, y a un proceso de rehabilitación específico. En el proceso preventivo y rehabilitador, además de una detección y diagnóstico, se hace imprescindible una intervención, intervención en la que es necesario contemplar el *enfoque psicopedagógico*. Al mismo tiempo, la finalidad u orientación de su labor en materia de prevención tiene que ir dirigida a facilitar y posibilitar una equiparación de oportunidades, por tanto, también se debe tener presente el *enfoque psicosocial* en la actuación.

b) El ámbito educativo, se enfrenta por primera vez a un tratamiento de la deficiencia en un contexto normalizado bajo la modalidad de integración educativa. Ello supone, considerar la intervención con un fuerte *carácter psicosocial*, donde ofrecer una oportunidad a los individuos con deficiencia frente a la equiparación de oportunidades. Al mismo tiempo, la intervención adquiere un fuerte *matiz psicopedagógico*, debido a la necesidades que presenta la población con deficiencia o riesgo frente a la misma de optimización de las capacitaciones individuales; adquiere también un importante papel en la prevención y rehabilitación.

PROCESO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A LA DEFICIENCIA

ÁMBITO MÉDICO (Servicios Sanitarios)



Intervención psicosocial

**Prevención
Rehabilitación**

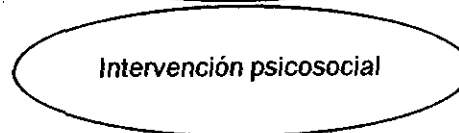
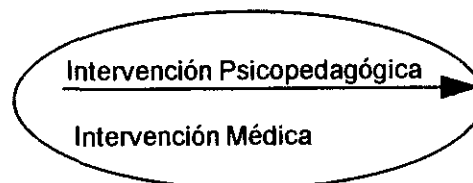
Equiparación de oportunidades

- Sociofamiliares
- Socioeducativas
- Socioculturales
- Sociolaborales

Evitar la aparición de una deficiencia, o bien reducir los efectos de la misma (prevención), así como los de la discapacidad (rehabilitación) en términos de minusvalía. Maximizar la capacitación psicofísicas del individuo

Favorece y posibilita la adquisición de mejores niveles en la:

ÁMBITO EDUCATIVO (Servicios Educativos)



**Prevención
Rehabilitación**

**Equiparación de oportunidades
socioeducativas**

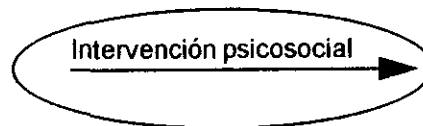
Equiparación de oportunidades

- Sociofamiliares
- Socioculturales
- Sociolaborales

Favorece y posibilita la adquisición de mejores niveles en la:

Favorece y posibilita la adquisición de mejores niveles en la:

ÁMBITO SOCIAL (Servicios Sociales)



Intervención Psicopedagógica

Intervención Médica

Equiparación de oportunidades

- Sociofamiliares
- Socioculturales
- Sociolaborales

**Prevención
Rehabilitación**

Equiparación de oportunidades socioeducativas

El nivel alcanzado viene en gran medida determinado por la labor emprendida previamente en materia de:

c) Por último, el ámbito social, se encarga directamente de proporcionar y mantener la equiparación de oportunidades en el terreno de la deficiencia respecto a la población normal; por tanto, el enfoque de la *intervención* es puramente *psicosocial*. Pero sin olvidar que el éxito en esta tarea, en gran medida, queda a expensas de los logros conseguidos en el terreno de la prevención, la rehabilitación y la integración educativa, concretamente en el terreno de la *intervención médica y psicopedagógica*. El ámbito social necesita velar por una equiparación de oportunidades, pero siempre a través de un apoyo e influencia sobre el desarrollo de la prevención, la rehabilitación y la integración educativa.

Esta nueva realidad, tiene unas repercusiones tan importantes en materia de políticas nacionales, comunitarias y locales, como son:

- 1º La necesidad de plantear una meta común e interinstitucional (social, educativa, sanitaria) de cara a cubrir la atención a la población con deficiencia o riesgo ante la misma.
- 2º La necesidad de hacer partícipes a cada una de las instituciones de esta meta común y global, a la hora de llevar a cabo las prestaciones de sus servicios.
- 3º La necesidad de incorporar los nuevos objetivos y el desarrollo de los mismos en cada una de las instituciones en función de la meta de la que se ha partido de forma común e interinstitucional. Creando las remodelaciones internas pertinentes.
- 4º La necesidad de preparar y formar a los profesionales encargados de prestar los servicios en cada una de las instituciones.
- 5º La necesidad de plantear una intervención abierta en cada una de las instituciones, teniendo siempre en cuenta la actividad realizada en el resto de servicios ubicados en las otras instituciones, tanto a nivel administrativo como profesional.

Pero, todo ello exige la consecución de importantes niveles de coordinación interinstitucional, algo difícil si tenemos en cuenta la distancia institucional que hasta el momento se ha mantenido en la prestación y organización de servicios en cada uno de estos ámbitos institucionales, y de forma más especial, en materia de tratamiento a la deficiencia, hasta ahora alejada y apartada de las prestaciones comunitarias.

Al mismo tiempo, el estudio de la deficiencia, pese a haber sido multidisciplinar, es decir, abordado por distintas disciplinas, también se ha hecho de forma independiente y de espaldas al resto, desde dimensiones y enfoques muy distintos. Esto complica, una vez más, la deseada unidad y coherencia en el tratamiento. El individuo necesita que se le trate en su globalidad, tanto por parte de los profesionales, como por parte de los servicios de los que recibe las prestaciones.

La coordinación no va a ser fácil, se necesita cierta apertura, sensibilización y familiarización con el resto de profesionales, con el resto de servicios y con el resto de instituciones; algo para los que muchos todavía no están preparados o simplemente no ven la necesidad. La verdadera coordinación sólo aparecerá en el momento que surjan iniciativas políticas en materia de acercamiento entre las distintas instituciones, servicios y profesionales:

- a través de programas específicos de sensibilización y formación de los distintos profesionales implicados.
- a través de programas concretos de actuación común, creando auténticos mecanismos de coordinación interinstitucional.

Está claro que la formación de los profesionales tiene que dar un cambio en cuanto a la apertura y acercamiento hacia otros campos disciplinares en los que se tiene el mismo objeto de estudio, aunque abordado desde dimensiones distintas. Se trataría de, ver y comprender su objeto de estudio desde dimensiones, perspectivas y enfoques diferentes, tratando de buscar la relación con la dimensión, perspectiva y enfoque propio. Esto

permitirá dar un paso más en el terreno de la coordinación interinstitucional; toda medida o estrategia de actuación propuesta a través de una coordinación de servicios, quedará en gran parte garantizada, al existir, de antemano, una predisposición profesional.

Tal y como queda dispuesta la nueva asistencia a la deficiencia, no podrá alcanzar los suficientes niveles de calidad hasta que no se aborde y resuelva el problema que actualmente acucia en el terreno de la coordinación interinstitucional. La creación, puesta en marcha y desarrollo de un sistema de coordinación es la única alternativa que tenemos para asegurar que el proceso de tratamiento a la minusvalía se va a cumplir tal y como está establecido en el marco normativo institucional.

A pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha queda mucho por hacer para mejorar el diseño y la eficacia de los servicios y la coordinación de los mismos, así como para mejorar el sistema de prestaciones.....Se ha dicho frecuentemente que los esfuerzos deben centrarse en la coordinación y clarificación de las disposiciones, instituciones y prestaciones destinadas a los minusválidos, pero a menudo se trata de algo que no se ha cumplido y los minusválidos deben enfrentarse todavía a una red muy compleja de leyes e instituciones. Sigue sintiéndose la necesidad de un instrumento legal más sencillo y "global" para respaldar la acción dirigida por las autoridades (Pinet, G. 1988, 57-58)⁵⁷

Cuanto más éxito se tiene en integrar a las personas con minusvalía y en hacerlas independientes en la vida social, más urgente es la necesidad de coordinar a nivel nacional, regional, local e individual, mediante estructuras apropiadas con competencias específicas, cualquier actividad que entre en juego (Consejo de Europa, 1992, 23)⁵⁸

⁵⁷Pinet, G. (1988) Legislación sanitaria y social sobre discapacidad en Europa. Resultados preliminares de un estudio de la OMS, en Rehabilitación Internacional. *Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena* Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid

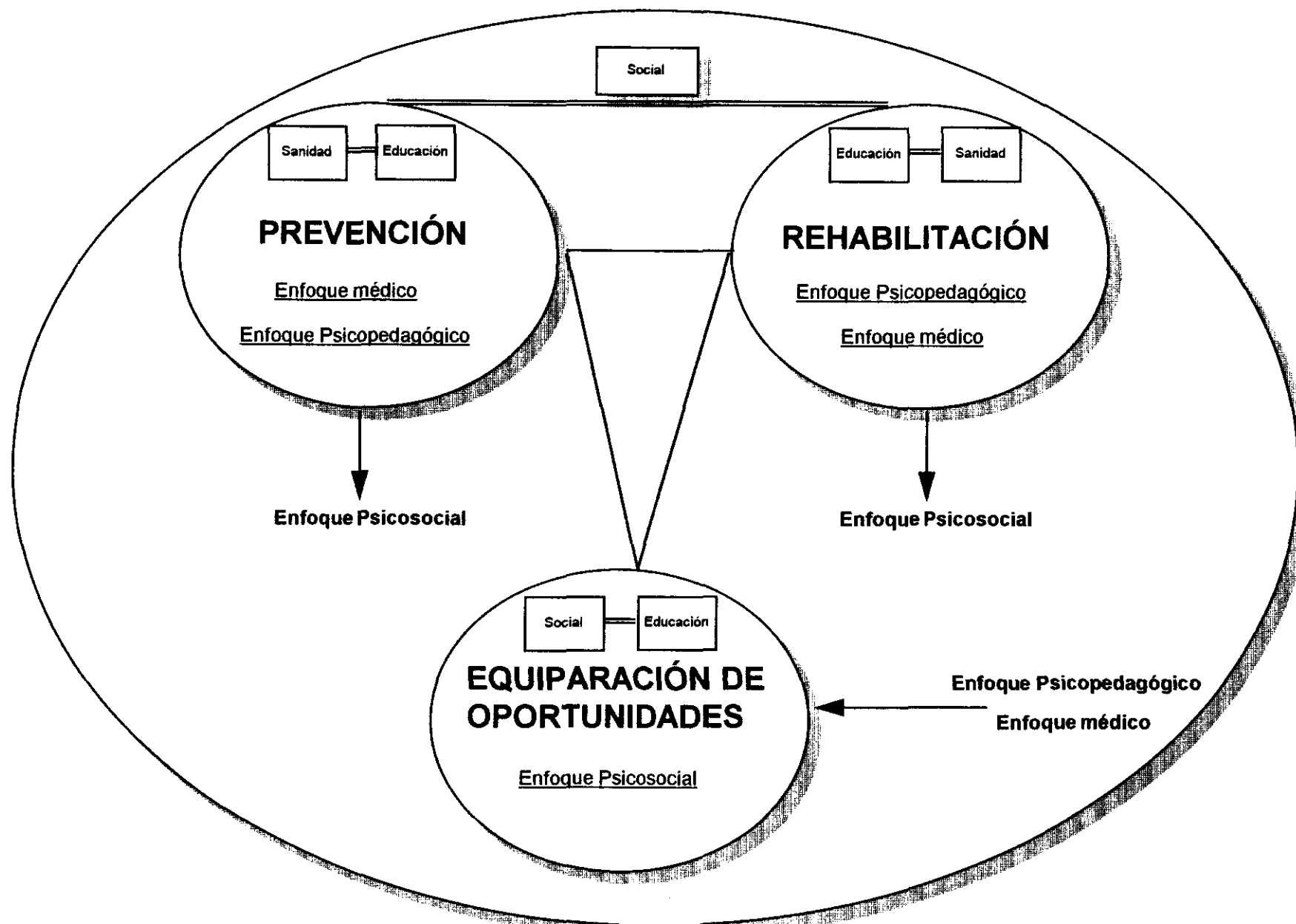
⁵⁸Consejo de Europa (474 Reunión de Delegados de Ministros). Recomendación nº R (92) 6 de 9 de abril de 1992.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la demostrada necesidad de actuación interinstitucional e interdisciplinar a través del desarrollo de unos mecanismos adecuados de coordinación en el campo de la deficiencia, podemos llegar a la conclusión de que, en cualquiera de las fases de todo el proceso, contemplado como una globalidad, adquiere un valor incalculable una actuación de esta naturaleza; bien sea en la fase *preventiva*, *rehabilitadora* o de *equiparación de oportunidades*. Estas fases, en sí mismas, constituyen un proceso o sistema con características propias, englobados bajo un proceso o sistema común. Podemos hablar de la actividad interdisciplinar e interinstitucional y de sus mecanismos de coordinación de forma general, como un proceso global de tratamiento de la deficiencia, o de forma específica, para cada uno de las fases o sistemas que quedan constituidos dentro de este marco general: actividad interdisciplinar y mecanismos de coordinación del *sistema preventivo*, del sistema de *rehabilitación* o del sistema de *equiparación de oportunidades*. Dependiendo del hecho de situarnos bajo uno u otro sistema, las características de esta actuación interdisciplinar y de los mecanismos de coordinación van a ser substancialmente distintas al resto. En todas ellas, aparecen tres instituciones concretas, la sanitaria, educativa y social, pero siempre con una implicación y protagonismo muy distinto, tal y como se puede comprobar en el siguiente cuadro (*Gráfica 30*).

Por tanto, podemos confirmar la necesidad de apoyar y desarrollar un sistema de concreto de coordinación en todas y cada una de estas fases o etapas del proceso de tratamiento, atención o asistencia a la deficiencia: preventiva, rehabilitadora y equiparación de oportunidades. Sin por ello olvidar que, entre estas tres etapas o fases, también será necesario alcanzar unos niveles mínimos en materia de coordinación, las tres quedan sujetas a una misma meta o finalidad, marcada por el proceso o sistema general al que pertenecen.

TRATAMIENTO A LA DEFICIENCIA Y EL RIESGO FRENTE A LA MISMA



A nivel internacional, encontramos el aval suficiente para poder confirmar que debido al carácter interdisciplinar del proceso preventivo de la deficiencia, una interdisciplinaridad, específica, propia y diferente a la que presentan el resto de procesos o fases, como son la de rehabilitación y equiparación de oportunidades, el sistema preventivo, en el que queda inmerso la Atención Temprana, necesita crear unos mecanismos de coordinación interinstitucional propios, asegurando a sí unos mínimos de calidad a lo largo de todo el proceso.

"Incluso la legislación no directamente relacionada con la situación de minusvalía debe contribuir, no obstante, a la prevención o al menos a la temprana detección de las discapacidades, mejorando, por ejemplo, los servicios sanitarios escolares y estableciendo una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y sociales" (Pinet, G., 1988, 45)

2.4 CONCLUSIÓN

A través del marco normativo internacional hemos llegado a la conclusión de que:

- Existe un aval suficiente para considerar que la Atención Temprana constituye un sistema específico en el marco de actuación de la prevención. Además de ser uno de los elementos más importantes en el tratamiento a la deficiencia de los tres existentes (prevención, rehabilitación, equiparación de oportunidades). Por sí solo tiene entidad propia. Esta entidad de viene dada, tanto por las características específicas de sus objetivos en el tratamiento de la deficiencia, como por el propio proceso de desarrollo de dichos objetivos.

- Existe un aval suficiente para considerar que la Atención Temprana es producto de una labor de distinta naturaleza disciplinar, por tanto, para asegurar una coherencia en el desarrollo de dicho proceso, se apela a la necesidad de la actuación interdisciplinar.

- Existe un aval suficiente para considerar que la Atención Temprana se concreta y materializa a través de la mediación de tres niveles institucionales específicos: sanitario, educativo y social, bajo los cuales quedan integrados todos y cada uno de los ámbitos disciplinares y profesionales implicados en dicho proceso preventivo.
- Existe un aval suficiente para considerar que, garantizar la actividad interdisciplinar a lo largo de la aplicación y desarrollo del proceso preventivo, supone garantizar o asegurar una actuación interinstitucional, la que permite y facilita la concreción y materialización de dicha actividad interdisciplinar e interprofesional en el campo de la práctica.
- Existe un aval suficiente para considerar que, garantizar o asegurar una actuación interinstitucional, supone, a su vez, garantizar la configuración y desarrollo de unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional, conformando así un sistema de coordinación específico en el marco de la Atención Temprana.
- Existe un aval suficiente para considerar que, el sistema de coordinación interinstitucional en el marco de la Atención Temprana, debe ser significativamente diferente a cualquier otro sistema desarrollado, bien en el marco de la rehabilitación, o en el de equiparación de oportunidades. Pese a que en todos ellos, las instituciones implicadas son las mismas: sanitaria, educativa, social, la implicación de éstas en cada uno de los procesos es de muy distinta naturaleza, lo que convierte a los distintos sistema de coordinación desarrollados, en sistemas de características muy diferentes, en especiales y únicos. Pero a su vez, todos ellos (campo de la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades), tienen que conformar un sistema de coordinación entre sí, de cara asegurar la globalidad y coherencia necesaria de todo el proceso general de tratamiento de la deficiencia.

3. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL MARCO NACIONAL

SUPUESTO 2.2: *Actualmente, existe un marco nacional que, apoyando la configuración y desarrollo de un sistema de A.T., responda al carácter interdisciplinar de la intervención alentando la puesta en marcha de determinadas medidas de naturaleza interinstitucional*

El marco normativo internacional expuesto a lo largo del apartado anterior proporciona las principales directrices de actuación a nivel nacional. En base a este marco internacional, las distintas políticas nacionales se encuentran en disposición de promulgar y desarrollar aquellas leyes que, de la manera más coherente, guíen y orienten la práctica en el tratamiento de la minusvalía en todo y cada uno de los niveles de la intervención.

Debe incorporarse a la legislación y a la práctica nacional las normas y reglamentaciones que se establecen en los documentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos, la Declaración de Derechos de las personas Minusválidas, la Declaración de Derechos del Niño y el Programa de Acción Mundial para las Personas Minusválidas, así como los patrones de progreso social que han establecido las Naciones Unidas y los organismos especializados. Concretamente, el Programa de Acción Mundial para las Personas Minusválidas posee la mayor importancia, pues proporciona una declaración normativa global. En él se establece un gran número de propuestas sobre todo para su realización a nivel nacional. Se destaca la responsabilidad de los Gobiernos en la aplicación del programa y la necesidad de una legislación adecuada que haga posible el logro de sus objetivos (Mara, G, 1988)¹

¹Mara, G. Jefa de la Unidad para Personas Minusválidas, Centro para el Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, Naciones Unidas

El desarrollo de una política nacional en materia de tratamiento de la deficiencia, concretamente la de nuestro país, constituye la concreción de toda propuesta del contexto internacional, esta concreción tiene lugar a través de distintos niveles:

1ª Nivel: el marco de la constitución nacional, de forma específica en todo lo concerniente a los derechos de aquellas personas que sufre una deficiencia o un riesgo frente a la misma.

2º Nivel: el marco legal nacional, que de manera directa afecta a la población a la que hacemos referencia: leyes dictadas desde la institución social, desde la institución sanitaria o educativa.

3º Nivel: Debido a la proceso de descentralización de las administraciones públicas en el que se encuentra sumido nuestro país, tenemos que hacer mención, al marco legal comunitario, que de manera directa afecta a la población a la que hacemos referencia: leyes dictadas desde la institución social, desde la institución sanitaria o educativa. Normalmente la legislatura aquí desarrollada encuentra su base en las disposiciones estatales promulgadas por los organismos homólogos.

4º Nivel: las iniciativas que, en forma de planes o programas², surgen a partir de dicho desarrollo legislativo, con el fin de llevar a la práctica las propuestas inherentes a todo documento legal.

Estos planes o programas pueden ser de índole más general o más específica, desde un marco más de naturaleza estatal que comunitario, o viceversa. Son estas características las que nos sitúan en distintos niveles de concreción en el marco de actuación. Estos planes o programas proporcionan unos objetivos a alcanzar, los que a su vez determinan una disposición y organización de servicios³. Estos servicios, a través de sus prestaciones, llevan a cabo una puesta en marcha de las actividades y metodología suscitada en dicho plan o programa. Llegamos así a los

²El Programa, como módulo de organización básica dentro de un modelo de actuación organizado, es una unidad funcional de primer orden

³Un Servicio, como módulo de organización básica dentro de un modelo de actuación organizado, es una unidad estructural de primer orden, donde se aglutinan los programas e intervenciones puntuales.

niveles más altos de concreción de todo proyecto o disposición de índole legislativa.

Abordar el tratamiento legislativo nacional en materia de Atención Temprana nos obliga a partir de un marco legislativo más amplio, debido a la inexistencia de un marco legislativo exclusivo y único en dicha tarea, el del tratamiento general a la deficiencia. Pese a ello, trataremos de acercarnos a aquellos aspectos o cuestiones que de manera más directa hagan una referencia al tratamiento temprano de la deficiencia o del alto riesgo frente a la misma. También los organismos implicados en el tratamiento a la deficiencia son diversos y variados, pero nos ajustaremos a aquellos más íntimamente relacionados con los servicios de Atención Temprana, sólo haremos referencia a los implicados en la aplicación y desarrollo de la misma, el social, sanitario y educativo.

3.1 NORMATIVA E INICIATIVAS NACIONALES QUE AVALAN LA CONFIGURACIÓN Y PUESTA EN MARCA DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.2.1: *En el marco de actuación nacional de nuestro país, existe un apoyo, configuración y desarrollo de la Atención Temprana como sistema concreto de actuación*

MARCO NORMATIVO

A. Ámbito Constitucional

La lucha desde el sector público, en favor de la población con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, cobra un hondo significado y una especial dimensión con la Constitución de 1978. A partir de este marco constitucional, se inicia un proceso de

superación de las políticas sociales marginales de beneficencia y asistencia social, que generaron una protección paternalista y una marginación institucionalizada.

Con la España democrática se inicia un proceso de puesta en marcha de una política de *Bienestar Social* cuyo contenido básico es doble:

- Por una parte, desarrollar y poner en marcha sistemas públicos de protección social, respondiendo a necesidades sociales básicas
- Por otra parte, desarrollar programas para la igualdad de oportunidades de colectivos concretos que sufren discriminación social.

Todo ello, vinculado al reconocimiento de un derecho subjetivo de todos los ciudadanos y no como medidas de beneficencia o puramente asistenciales (INSERSO, 1989, 11-12)⁴

a) Artículo 49 "*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que se prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos*"

- Supone un mandato para todos los poderes públicos.
- Recoge los aspectos sobre los que deben recaer las políticas de atención a las personas discapacitadas.
- Apunta un amparo *especial* de los poderes públicos para que los discapacitados disfruten de los derechos que el título I de la Constitución confiere a todos los ciudadanos.

⁴INSERSO. *La Integración Económica y Social de las Personas con Deficiencia Mental*. 1989

b) Artículo 43 *"Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios"*

c) Artículo 45 *"Todos tienen derecho a disfrutar de un medio adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo. Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de vida y defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva"*

d) Artículo 39.2 *"Los poderes públicos aseguran la protección integral de los hijos"* . El constituyente pensó inequívocamente en los menores de edad, para quienes establece una especial protección, aunque ciertamente con una formulación bastante ambigua. Huelga decir que la primera medida para esa protección *integral* consistirá en la prevención y evitación de cualquier daño que perjudique al menor (Alonso Seco, 1991, 100)⁵

B. Ámbito Social

Ley 13/ 1982 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)⁶

La Ley de Integración Social de los Minusválidos, con sus aciertos y sus errores, con sus virtudes y sus defectos, viene a inscribirse en la tendencia, observada a nivel mundial, hacia la racionalización y simplificación de una legislación dispersa y descoordinada....Uno de los caracteres más llamativos de la legislación española sobre atención a minusválidos ha sido precisamente la multiplicidad....De ahí que si la Ley puede presentar alguna virtud, ésta sea la de intentar la sistematización de una normativa plural e inconexa. Podemos considerar esta Ley como colofón del Año Internacional de los Disminuidos (Molina, L., 1982)

⁵Alonso Seco (1991) Prevención de deficiencias en la infancia: el marco legal. Infancia y Sociedad, 11, 1991

⁶B.O.E. 30 de Abril de 1982

Esta Ley representa, en materia de tratamiento de la deficiencia, una de las líneas o criterios de actuación del sector público más importantes en favor de la integración de los minusválidos. Ella ha significado un instrumento de decisiva importancia al servicio de la definición de objetivos y de planificación de actuaciones para lograr la mencionada integración. A partir de esta Ley, los poderes públicos han desarrollado un amplio haz de disposiciones, las que podemos clasificar en 5 importantes campos de actuación (INSERSO, 1989):

1. El diagnóstico y valoración de las minusvalías
2. La educación
3. La atención especializada
4. La rehabilitación
5. La autonomía personal e integración social

Atendiendo a los campos de actuación propuestos, no nos cabe ninguna duda de la implicación que en el desarrollo de la misma van a tener otros organismos de distinta naturaleza a la social, como es el educativo y sanitario.

Azúa (1995)⁷ refiere que, pese a que la principal normativa en el tratamiento de la minusvalía queda circunscrita al ámbito social, concretamente a las prestaciones de servicios sociales, las personas con deficiencia o riesgo frente a la misma, precisa de la implicación de otros ámbitos, de forma especial de las prestaciones de los servicios educativos y sanitarios.

Pasmos a revisar cuáles son aquellos aspectos de esta Ley en los que aparece una referencia más o menos clara de la prevención de la deficiencia y el tratamiento temprano

⁷ Azúa, P. (1995) Desarrollo de servicios para personas con retraso mental. En Verdugo Alonso (1995) *Personas con Discapacidad: Perspectiva Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. Siglo XXI: Madrid

de la misma, con el fin de evitarla o reducir sus efectos en términos de discapacidad o minusvalía.

- *Título I: "Principios Generales"*

- Artículo 3º: Hace referencia al papel que deben desempeñar los distintos organismos públicos en la tarea de cubrir las necesidades de esta población. Punto 1: *"Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1º, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral....."*. Punto 2: *"A estos efectos estarán obligados a participar, para su efectiva realización, en el ámbito de sus respectivas competencias, la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones, así como las personas privadas"*
- Artículo 4º: Hace referencia al papel de las asociaciones y al apoyo estatal a las mismas cuando su labor sea sin ningún ánimo de lucro. Punto I: *"La Administración del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales ampararán y fomentarán la iniciativa privada sin ánimo de lucro, colaborando en el desarrollo de estas actividades mediante asesoramiento técnico, coordinación, planificación y apoyo económico. Especial atención recibirán las instituciones, asociaciones y fundaciones sin fin de lucro, promovidas por los propios minusválidos, sus familiares o sus representantes legales."*

- *Título II: "Titulares de los Derechos"*

- En este título se hace referencia a cuáles son los criterios para otorgar las condiciones de minusvalía, la que se tramitará por los organismos públicos

pertinentes a través de un equipo multiprofesional encargado de dicha valoración. Se alude a la necesidad de señalar las situaciones y grados que deben concurrir en el minusválido para acceder a los diferentes servicios y prestaciones. Abarca todo el artículo 7°.

- **Título III: "Prevención de las Minusvalías"**

- Artículo 8°: *"La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto, y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales"*

- Artículo 9°. Punto 1: *"El gobierno presentará a las Cortes generales un proyecto de ley en el que se fijarán los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías"*. Punto 2: *"El gobierno elaborará, en relación a tales planes, un Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías, que se presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y de cuyo desarrollo informará anualmente a las mismas"*. Punto 3: *"En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica..."*

- **Título IV: "Diagnóstico y valoración de las minusvalías"**

- Artículo 10. Punto 1: *"Se crearán equipos multiprofesionales que, actuando en un ámbito sectorial, aseguren una atención interdisciplinar a cada persona que lo precise, para garantizar su integración en su entorno socio-comunitario..."*. Punto 2: *"Serán funciones de los equipos multiprofesionales de valoración: a) Emitir un informe diagnóstico normalizado sobre los diversos aspectos de la personalidad y las disminuciones del presunto minusválido y de su entorno socio-familiar."*

b) La orientación terapéutica, determinando las necesidades, aptitudes y posibilidades de recuperación, así como el seguimiento y revisión. c) La valoración y calificación de la presunta minusvalía, determinando el tipo y grado de disminución en relación con los beneficios previstos en la legislación. d) La valoración y calificación serán revisadas. La definitiva sólo se realizará cuando el presunto minusválido haya alcanzado su máxima rehabilitación o cuando su lesión sea presumiblemente definitiva, lo que no impedirá valoraciones previas para obtener determinados beneficios".

→ Artículo 11º: *"Las calificaciones y valoraciones de los equipos multiprofesionales responderán a criterios técnicos unificados y tendrán validez ante cualquier organismo público"*

- **Titulo VI: "De la Rehabilitación"**

→ Artículo 17º. Punto 1: *"Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado".* Punto 2: *"Los procesos de rehabilitación podrán comprender: a) Rehabilitación médico funcional. b) Tratamiento y orientación psicológica. c) Educación general y especial...".* Punto 3: *"El Estado fomentará y establecerá el sistema de rehabilitación, que estará coordinado con los restantes servicios sociales, escolares y laborales en las menores unidades posibles, para acercar el servicio a los usuarios y administrado descentralizadamente.*

→ Artículo 18º. Punto 1: *"La rehabilitación médico-funcional, dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten una disminución de su capacidad física, sensorial o psíquica, deberá comenzar de forma inmediata a la detección de cualquier tipo de anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta*

conseguir el máximo de funcionalidad, así como el mantenimiento de ésta.

- Artículo 19º: *"El proceso rehabilitador que se inicie en instrucciones específicas se desarrollará en íntima conexión con los centros de recuperación en donde deba continuarse..."*
- Artículo 20º: *"El Estado intensificará la creación, dotación y puesta en funcionamiento de los servicios e instituciones de rehabilitación y recuperación necesarios y debidamente diversificados, para atender adecuadamente, tanto en zonas rurales como urbanas, a los minusválidos y conseguir su máxima integración social, y fomentará la formación de profesionales..."*
- Artículo 21º. Punto 1: *"El tratamiento y la orientación psicológica estarán presentes durante las distintas fases del proceso rehabilitador e irán encaminadas a lograr del minusválido la superación de su situación y el más pleno desarrollo de su personalidad"*. Punto 2: *"El tratamiento y orientación psicológicas tendrán en cuenta las características personales del minusválido, sus motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales que puedan acondicionarle, y estarán dirigidos a potenciar al máximo el uso de sus capacidades residuales"*. Punto 3: *"El tratamiento y apoyo psicológico serán simultáneos a los tratamientos funcionales y, en todo caso, se facilitarán desde la comprobación de la minusvalía, o desde la fecha en que se inicie un proceso patológico que pueda desembocar en minusvalía"*
- Artículo 22º. Punto 1: *"El minusválido se integrará en el sistema ordinario de la educación general, recibiendo, en su caso, los programas de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce"*
- Artículo 24º: *"La educación especial se impartirá en las instituciones ordinarias del sistema educativo general, de forma continuada, transitoria o mediante programas de apoyo, según las condiciones de la*

deficiencia que afecten a cada alumno, y se iniciará tan precozmente como lo requiera cada caso, acomodando su ulterior proceso al desarrollo psicobiológico de cada sujeto, y no a criterios estrictamente cronológicos"

- Artículo 25. Punto 2: *"La educación especial tenderá a la consecución de los siguientes objetivos: a) La superación de las deficiencias y de las consecuencias o secuelas derivadas de aquéllas. c) La adquisición de conocimientos y hábitos que le doten de la mayor autonomía posible. c) La promoción de todas las capacidades del minusválido para el desarrollo armónico de su personalidad*
- Artículo 27. Punto 1: *"La educación especial, en cuanto proceso integrador de diferentes actividades, deberá contar con el personal interdisciplinario técnicamente adecuado, que, actuando como equipo multiprofesional, garantice las diversas atenciones que cada deficiente requiera.*

- Título VIII "De los Servicios Sociales"

- Artículo 48: *"Los servicios sociales para los minusválidos tienen como objetivo garantizar a éstos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad, así como la superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residan en las zonas rurales"*
- Artículo 49: La actuación en materia de Servicios Sociales para minusválidos se acomodará a los siguientes criterios: a) Todos los minusválidos, sin discriminación alguna, tienen derecho a la prestación de los Servicios Sociales. b) Los servicios sociales podrán ser prestados tanto por las administraciones públicas como por instituciones o personas jurídicas privadas sin ánimo de lucro. c) Los servicios sociales para minusválidos, responsabilidad de las administraciones Públicas, se

prestarán por las instituciones y centros de carácter general a través de cauces y mediante los recursos humanos, financieros y técnicos de carácter ordinario, salvedad hecha de cuando, excepcionalmente, las características de la minusvalías exijan una atención singularizada. d) la prestación de los servicios sociales respetará al máximo la permanencia de los minusválidos en su medio familiar y su entorno geográfico.

- Artículo 50. Punto 1: *"Los minusválidos tendrán derecho a los servicios sociales de orientación familiar....."*
- Artículo 51. Punto 1: *"la orientación familiar tendrá como objetivo la información a las familias, su capacitación y entrenamiento para atender a la estimulación y maduración de los hijos minusválidos y a la adecuación del entorno familiar a la adecuación del entorno familiar a las necesidades rehabilitadoras de aquéllos"*
- Título IX: "Otros Aspectos de la Atención a la Minusvalía"
 - Artículo 61. Punto 2: *"Este proceso, por la variedad, amplitud y complejidad de las funciones que abarca, exige el concurso de diversos especialistas, que deberán actuar conjuntamente como equipo multiprofesional".*
 - Artículo 62. Punto 1: *"El Estado adoptará las medidas pertinentes para la formación de los diversos especialistas, en número y con las cualificaciones necesarias para atender adecuadamente los diversos servicios que los minusválidos requieran, tanto a nivel de detección y valoración como educativo y de servicios sociales"*
- Título X: "Gestión y Financiación"
 - Artículo 64. Punto 1: *"El gobierno efectuará la reorganización administrativa en orden a la atención integral a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, que racionalice, simplifique y unifique los*

órganos de la Administración actualmente existente y coordine racionalmente sus competencias". Punto 2: "La organización administrativa expresada en el apartado anterior, deberá contemplar, especialmente, la planificación de la política general de atención a minusválidos; la descentralización de los servicios mediante la sectorización de los mismos.....; la financiación pública de las actuaciones encaminadas a la atención integral de los disminuidos; la elaboración, programación regional, y la integración de dicha planificación en el contexto de los servicios generales sanitarios, educativos, laborales y sociales, y en el programa nacional de desarrollo socioeconómico"

- Disposición Adicional Primera: *"En las leyes y en las disposiciones de carácter reglamentario que, promulgadas a partir de la entrada en vigor de esta ley, regulen con carácter general los distintos aspectos de la atención a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales contemplados en esta ley, se incluirán preceptos que reconozcan el derecho a los disminuidos a las prestaciones generales y, en su caso, la adecuación de los principios generales a las peculiaridades de los minusválidos"*

C. Ámbito Sanitario

Ley 14/ 1986 de 25 de abril, General de Sanidad

Esta Ley, inspirada en los principios de *Salud para Todos en el Año 2.000* (OMS, 1977), supone una de las reformas sanitarias más importantes de nuestro país, de hecho se configura como el marco legal o instrumento jurídico de dicha reforma, la que actualmente se encuentra en pleno desarrollo.

La Salud para Todos en el año 2.000, parte de una concepción positiva del término salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad", entendiendo por bienestar: "el perfecto equilibrio dinámico entre el hombre y su ambiente en su triple dimensión físico-psíquica, social y económica" (OMS, 1977). Se demanda alcanzar un alto grado de salud colectiva para el año 2000, quedando así implicada la responsabilidad de los distintos estados en materia de salud en estas tres dimensiones:

- Los hábitos saludables como norma de vida
- La prevención de la enfermedad
- Atención comunitaria para todos

La Ley prevé un sistema general de asistencia sanitaria con especial insistencia sobre Medicina Preventiva y la Educación Sanitaria, refundiendo los actuales sistemas públicos, señaladamente los de la Sanidad Nacional y los de la Seguridad Social. En ella aparece un claro compromiso en adoptar un modelo sanitario público. Aunque reservando la Administración central competencias exclusivas, la ejecución del sistema se confía en sectores muy amplios de las Comunidades autónomas. La estructura básica son las *Áreas de Salud* y para conseguir su máxima operatividad se dividen éstas en *Zonas Básicas*, en cada una de las cuales existe un Centro de Salud. Cada área de salud, a su vez, dispondrá de un hospital general de referencia. Las características más elementales de esta ley son las siguientes:

1. Definición del sistema sanitario español

La Ley General de Sanidad, en su preámbulo dice: *"La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud...El Sistema Nacional de Salud se concibe como conjunto de los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados"*. Un sistema Nacional de Salud se puede definir por 6 características fundamentales:

- Gestión descentralizada
- Cobertura Universal
- Integración de los recursos públicos
- Participación social
- Financiación estatal
- Concepto integral de salud/ La concepción moderna de un sistema sanitario ha abandonado la idea de que el mismo debe ir orientado única y exclusivamente hacia la atención curativa, ocupando otras medidas como las preventivas y rehabilitadoras un segundo papel. La concepción integral de salud supone que el sistema sanitario debe estar orientado a la promoción de la Salud y a la prevención de la enfermedad, siendo su objetivo principal el aumento del nivel de Salud de la población, y no sólo la curación de la enfermedad

2. Creación de un nuevo mapa sanitario

El nuevo mapa sanitario está compuesto por las "Áreas de Salud", que son las estructuras fundamentales del sistema sanitario. Son responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias a desarrollar por ellos. Se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos, socioeconómicos.... El Área de Salud, extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. En todo caso, cada provincia tendrá como mínimo un área de Salud. En ella se desarrollará el nivel de Atención especializada, cada Área contará con un hospital general. Por

otra parte, el mapa sanitario estará también compuesto por las "Zonas Básicas de Salud". Estas zonas son el marco territorial de la Atención Primaria de Salud, donde se desarrolla este tipo de atención mediante fórmulas de trabajo en equipo y se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, con actividades desarrolladas mediante *programas*, y funciones de *promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación*.

3. Transformación del modelo asistencial

Se ha pasado de un modelo de tres niveles de asistencia a un modelo con dos niveles: *Atención Primaria* (Centros de Salud) y *Atención especializada* (Consultas extrahospitalarias y régimen hospitalario)

- Artículo 1º: *"El objeto o bien jurídico protegido por la Ley General de Sanidad es la Protección de la salud"*.
- Artículo 3º. Punto 1: *"Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la protección de la salud y a la prevención de las enfermedades"*
- Artículo 6º. Punto 3: *"Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias se orientarán a la prevención de las enfermedades"*
- Artículo 8º. Punto 1: *"La prevención de los riesgos de la salud es actividad fundamental del sistema sanitario"*
- Artículo 20º: Trata de la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, proponiendo que las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación al siguientes principios. Punto 1: *"Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios, para una adecuada Atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales"*. Punto 2: *"Los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica del sistema Sanitario General cubrirán asimismo, en*

coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención de los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general"

- Artículo 26º. Punto 1: *"En casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud colectiva se otorgan a la Administración poderes especiales para adoptar medidas preventivas"*
- Artículo 45º: *"El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud"*
- Artículo 46º: *"Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: La extensión de sus servicios a toda la población; la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación; la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único; la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados"*
- Artículo 47º: *"Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas. Será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud"*
- Artículo 48º: *"El Estado y las Comunidades autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios"*
- Artículo 54º: *"Cada Comunidad autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud. El Plan de Salud de cada Comunidad autónoma, que se*

ajustará a los criterios generales de planificación aprobados por el Gobierno, deberán englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud"

- Artículos 56º(2.a), 63º: *"El Sistema Nacional de Salud, las demarcaciones territoriales denominadas Áreas de salud, así como los centros de Salud, tienen como actividad principal la prevención de la salud"*
- Artículo 73º: *"La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado"*
- Artículo 74º: *"El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el gobierno, recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades autónomas y los planes conjuntos"*

Lo más significativo de la presente Ley de cara al tratamiento a la deficiencia y el riesgo frente a la misma, es el nuevo concepto de salud y las implicaciones de la misma en el desarrollo de un enfoque más abierto y flexible en el tratamiento de la población atendida. Esta nueva concepción queda reflejada en la referencia constante que a lo largo de la ley se hace al proceso preventivo. Se abren importantes vías de actuación, ya no sólo en el terreno de la curación de la enfermedad, sino y lo que es más innovador, en el terreno de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación frente a la enfermedad.

Esta Ley propone un amplio marco de actuación, pero desde un fuerte enfoque descentralizador, lo que supone dejar en manos de las distintas autonomías la concreción de la actividad sanitaria a través de la elaboración y puesta en marcha de los planes y programas correspondientes. En un apartado posterior realizaremos una revisión general de algunos de los planes o programas más específicos, desde donde se aborde de forma más concreta las medidas tomadas en materia de deficiencias o el riesgo frente a la misma.

D. Ámbito Educativo

a) Ley General de Educación de 1970⁸

Es la primera Ley que contempla la educación como un derecho de la persona deficiente. Esta Ley contempla la educación de deficientes e inadaptados conjuntamente con la del resto del alumnado. En ella se perfila la Educación Especial como un sistema paralelo al ordinario. Es el primer antecedente integrador, debido a que señala que la adecuada educación de estos alumnos debería realizarse, siempre que fuera posible, en centros docentes de régimen ordinario, y sólo cuando las capacidades del sujeto no permitieran dicha integración, en centros específicos (Sanz del Río, 1995, 237-238)⁹

b) Creación en 1975 del Instituto Nacional de Educación Especial (INEE)¹⁰

Organismo autónomo, aunque adscrito al Ministerio de Educación y Ciencia, que asumió la responsabilidad de extender y perfeccionar progresivamente la Educación Especial

c) Elaboración en 1978 del Plan Nacional de Educación Especial¹¹

El Real Patronato de Educación y atención a Deficientes encargó la elaboración de este plan al Instituto Nacional de Educación Especial. En él aparecen los principios y criterios para la futura ordenación de la Educación Especial de nuestro país, los principios de *normalización, integración, sectorialización e individualización* de la enseñanza. Estos principios adquirirán en 1982, a partir de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)¹², categoría de norma.

d) Creación de la Subdirección General de Educación Especial en 1982

Organismo que queda enmarcado dentro de la Dirección General de Educación Básica del MEC. Supuso la supresión del INEE.

⁸Ley General de Educación (4 agosto de 1970), art. 49 y siguientes

⁹Sanz del Río, S. (1995) *Integración de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales: Panorama Internacional*. Documentos 2/95. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: Madrid

¹⁰Decreto 1151 del 23 de Mayo de 1975

¹¹Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid, Fundación General Mediterránea, 1979

¹²Ley 13/ 1983 de 7 de abril de 1982 de Integración Social de los Minusválidos (BOE 30 de abril de 1982)

e) Real Decreto 334/ 1985 de Ordenación de la Educación Especial¹³

Este decreto es el producto del marco normativo que en materia de deficiencia había establecido la LISMI.

Se introduce un nuevo concepto de Educación Especial, entendida como una parte integrante del sistema educativo, concretada en el conjunto de apoyos y adaptaciones necesarias para que los alumnos discapacitados puedan hacer efectivo su derecho a la educación. desde esta perspectiva ya no se trata tanto de diagnosticar las deficiencias del alumnado cuanto de analizar cuáles son las ayudas que requiere para progresar. El nuevo planteamiento de la Educación Especial fuerza al propio sistema escolar a cambiar la estructura y el diseño del currículo oficial, para adaptarlo a la flexibilidad exigida por este alumnado (Sanz del Río, 1995, 242)¹⁴. Este Decreto proporcionó las directrices para la puesta en marcha de un programa concreto de integración escolar.

Actualmente, se encuentra actualizado por el Real Decreto 696/ 1995 de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales¹⁵, al que posteriormente haremos referencia.

- Artículo 5º.1 (Capítulo II): "*La atención educativa especial del niño disminuido o inadaptado podrá iniciarse desde el momento en que, sea cuál fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalías que aconsejen dicha atención o se detecte riesgo de aparición de las mismas*"
- Artículo 5º.2 (Capítulo II): "*Esta atención educativa tendrá por objeto corregir en lo posible las deficiencias o anomalías detectadas o, en su caso, sus secuelas: prevenir y evitar la aparición de las mismas, en los supuestos de riesgo; y, en*

¹³Real Decreto 334/ 1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial (BOE 16 de Febrero de 1985, con correcciones en BOE 11- de abril de 1985)

¹⁴Sanz del Río, S. (1995) *Integración de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales: Panorama Internacional. Documentos 2/95*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: Madrid

¹⁵Real Decreto 696/ 1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación especial de los alumnos con necesidades educativas especiales (BOE del 2 de Junio de 1995)

general, dirigir, apoyar y estimular el proceso de desarrollo y socialización del niño en un ambiente de completa integración"

f) Orden Ministerial de 1985 por la que se aprueba el Programa de Integración¹⁶

En este programa se incluían un conjunto de iniciativas que debían llevarse a cabo de forma completa a lo largo de los ocho años siguientes. La Orden Ministerial que aprobó dicho programa, dispuso que las Direcciones Provinciales del Departamento en su ámbito territorial, realizaran una planificación de la Educación Especial para el año escolar 1985/ 86, que permitiera la escolarización, con carácter experimental, en centros ordinarios de alumnos afectados por disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se convocó la participación voluntaria de aquellos centros que quisieran inscribirse al programa, donde se pactó a través de unos requisitos por parte del centro escolar y otros, por partes de la administración, entre los que se encontraba el orientar a los equipos psicopedagógicos para que prestaran una especial atención a estos centros.

Este programa se fue extendiendo y consolidando a lo largo de los años siguientes mediante sucesivas convocatorias a los centros docentes para participar en él. En la Orden Ministerial del 23 de Junio de 1989¹⁷, el MEC dio por finalizada la fase experimental del mismo, declarando centros permanentes de integración a los que habían sido seleccionados para iniciar el programa.

Según Sanz del Río (1995), entre las aportaciones más importantes que este programa tuvo en el marco de la atención a la deficiencia se encuentran:

- El programa parte de la importancia de la educación temprana para facilitar la integración educativa y para ello propugnaba una mayor colaboración entre los diferentes sectores incidentes en el desarrollo infantil (centros de salud, equipos y centros educativos, etc.)

¹⁶Orden Ministerial de 20 de Marzo de 1985 sobre planificación de la educación especial y experimentación de la integración en el curso 85/86 (BOE 25 de marzo de 1985)

¹⁷Orden Ministerial de 23 de Junio de 1989 sobre mantenimiento de centros de EGB y preescolar como centros permanentes de integración (BOE 17 de Agosto de 1989)

- El programa ofrece la ampliación y refuerzo de los equipos psicopedagógicos para evaluar y apoyar la tarea de los centros
- Este programa proporciona la creación de un Centro Nacional de Recursos¹⁸ que se desarrollara en paralelo en las diferentes Comunidades Autónomas, capaz de atender a las necesidades de centros, profesorado y alumnos mediante la elaboración y distribución de diferentes materiales didácticos

g) Orden Ministerial de 1990 por la que se aprueba el Programa de Integración en la ESO¹⁹

La continuidad del programa de integración para aquellos alumnos que se integraron en el curso 1985-86 en centros ordinarios, hacía necesario preparar el camino para su escolarización en Educación Secundaria Obligatoria (ESO), cuyo segundo ciclo empezaría a impartirse, de modo generalizado, en el curso escolar 1995/96. Se inicia dicha puesta en marcha del programa en el curso 1992/93

h) La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990²⁰

Es el documento legal en materia educativa más relevante en nuestros días. La Logse dedica su capítulo 5º a la Educación especial, recoge los principios de normalización y de integración escolar y establece que la enseñanza se debe adaptar a las n.e.e. del alumnado. Ello hace que el énfasis no se sitúe en las limitaciones del sujeto, sino en la respuesta que le corresponde dar a la escuela.

La Logse recoge acertadamente el necesario enfoque de la Atención Temprana. Reitera las ideas del Real Decreto de 1985 señalando que "la atención de lo alumnos con n.e.e. se iniciará desde el momento de su detección" y prevé la identificación y valoración de estas necesidades por equipos multiprofesionales. Asimismo, garantiza los servicios

¹⁸Real Decreto 969/ 1986 de 11 de abril por el que se crea el Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial (BOE 21 de abril de 1986)

¹⁹Orden Ministerial de 16 de Noviembre de 1990 por la que se convoca un programa experimental para la integración de alumnos con n.e.e. en centros docentes que impartan el segundo ciclo de la ESO (BOE 20 de noviembre de 1990)

²⁰Ley Orgánica 1/ 1990 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE 4 de Octubre de 1990)

educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo de los alumnos (Sanz del Río, 1995, 252)²¹

- Artículo 36.2: *"La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales se realizarán por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones, que establecerán en cada caso, planes de actuación en relación con las necesidades educativas específicas de los alumnos"*
- Artículo 37.2: *"La atención a los alumno con n.e.e. especiales se iniciará desde el momento de su detección. A tal fin, existirán los servicios educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo de estos alumnos, y las Administraciones educativas competentes garantizarán su escolarización"*
- Artículo 64: *"Las Administraciones educativas aseguran una actuación preventiva y compensatoria garantizando, en su caso, las condiciones más favorables para la escolarización, durante la educación infantil, de todos los niños de cuyas condiciones personales, por la procedencia de un medio familiar de bajo nivel de renta, por su origen geográfico o por cualquier otra circunstancia, supongan una desigualdad inicial para acceder a la educación obligatoria y para progresar en los niveles posteriores"*

i) El Centro de desarrollo Curricular adquiere las funciones del Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial

A partir del Real Decreto 1101/ 1994 de 27 de mayo de 1994, por el que se modifica el anterior R.D. 2352/ 1986 sobre estructura orgánica básica del MEC, el Centro de Desarrollo Curricular, Unidad de dicho Ministerio, y con nivel orgánico de Subdirección General, asume las funciones desarrolladas hasta el momento por el Centro Nacional de Recursos. Su objetivo principal es el de la planificación, desarrollo y evaluación de las

²¹ Sanz del Río, S. (1995) *Integración de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales: Panorama Internacional*. Documentos 2/95. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: Madrid

medidas y recursos para la óptima educación de alumnos con n.e.e. de acuerdo con las finalidades y objetivos presentados en la LOGSE.

j) Real Decreto de 1995 de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales²²

- Artículo 3. Punto 1: *"La atención educativa a los niños y niñas con n.e.e. comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención, cualquiera que sea su edad, o se detecte riesgo de aparición de discapacidad"*
- Artículo 8. Punto 4: *"Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica realizarán la evaluación psicopedagógica requerida para una adecuada escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales, así como para el seguimiento y apoyo de su proceso educativo. Estos equipos, en atención a las funciones peculiares que además realicen, se clasificarán en equipos de Atención Temprana, equipos generales y equipos específicos. Corresponde a los equipos de Atención Temprana y, en su caso, a los equipos generales, la detección precoz de las necesidades educativas especiales y la orientación y el apoyo a los padres en orden a un óptimo desarrollo de sus hijos"*
- Artículo 10: *"La atención educativa a los alumnos con n.e.e. asociadas a condiciones personales de sobredotación intelectual velará especialmente por promover un desarrollo equilibrado de los distintos tipos de capacidades en los objetivos generales de las diferentes etapas educativas"*
- Artículo 12. Punto 1: *"El MEC, a través de los Equipos de orientación educativa y psicopedagógica, asegurará la detección precoz y la evaluación de las n.e.e. de los niños y niñas con discapacidad psíquica, sensorial o motora".* Punto 2: *"La atención educativa a estos niños o niñas, que se iniciará desde el momento en que, sea cual fuera su edad, se produzca la detección de una discapacidad psíquica, sensorial o motora, tendrá por objeto corregir precozmente, en lo posible, las secuelas de la discapacidad detectada, prevenir y evitar la aparición de las mismas"*

²²Real Decreto 696/ 1995 de 28 de abril, de Ordenación de la educación de los alumnos con n.e.e. (BOE del 2 de junio de 1995)

y, en general, apoyar y estimular su proceso de desarrollo y aprendizaje en un contexto de máxima integración". Punto 4: " El MEC impulsará las medidas de coordinación necesaria con otros organismos de la Administración estatal y con las Administraciones autonómicas y locales, para la consecución de los objetivos señalados en los apartados anteriores"

k) Orden de 15 de Enero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales

- Capítulo I. La Evaluación Psicopedagógica (artículos 2-7)
- Capítulo II. El proceso de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales (artículos 8-13)
- Capítulo III. Criterios para la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales (artículos 14-15)

LA POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS PODERES PÚBLICOS

Teniendo en cuenta la política de descentralización administrativa en la que actualmente se ve envuelto el estado español²³, es importante que hagamos una breve referencia a la situación en la que se encuentran los organismos públicos abordados hasta el momento respecto a este proceso de descentralización de los poderes públicos.

Hasta aquí, contamos con un marco muy general a nivel nacional, en cuanto a lo que se refiere a normativa en el tratamiento a la deficiencia o el riesgo frente a la misma, pero en el desarrollo y concreción de la misma, caminando hacia un marco concreto de actuación, es importante tener en cuenta cuál ha sido, está siendo y va a ser el

²³Ley 12/ 1983, de 14 de Octubre, del Proceso Autonómico

protagonismo de los distintos organismos públicos implicados, de los estatales y comunitarios.

La mayor parte de los servicios sociales que afectan a la población con deficiencia son de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas. Por tanto, las Comunidades autónomas suelen tener capacidad normativa en esta materia y, en caso de conflicto de las leyes entre las emanadas del Estado Central y las de las Comunidades Autónomas, éstas priman sobre aquellas con la única salvedad de que no vulneren los principios constitucionales (Muñoz Machado, 1981)²⁴

No ocurre lo mismo con otros servicios de carácter general, no considerados como servicios sociales en sentido estricto, como pueden ser la educación o la sanidad en donde también resultan competentes las Comunidades Autónomas, aunque con grados de autonomía menores que en el caso de los servicios sociales (Verdugo Alonso, 1995, 1125)²⁵

A. Ámbito Social

El Ministerio de Asuntos Sociales, principal organismo a nivel estatal que se ocupa de la gestión administrativa a nivel social, ha transferido la totalidad de funciones a las distintas comunidades autonómicas de uno de sus organismos, el de la Dirección General de Acción Social, el que, principalmente en materia de deficiencias, se ocupa de la aprobación, revisión y control de las asociaciones privadas sin ánimo de lucro en el ámbito de la deficiencia y minusvalía.

²⁴Muñoz Machado (1981). *Las potestades legislativas de las Comunidades Autónomas*. Madrid: Cuadernos Civitas

²⁵Verdugo Alonso (1995) *Personas con Discapacidad: Perspectiva Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. Siglo XXI:Madrid

Al mismo tiempo, la transferencia de las funciones propias de otro de sus organismos, el Instituto de Servicios Sociales, ha sido más lenta y progresiva. Las funciones específicas del INSERSO son la gestión de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social. Muchas de las Comunidades Autónomas han recibido las transferencias de este organismo recientemente, como es el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid²⁶

B. Ámbito Sanitario

El tema de transferencias sanitarias correspondientes a las funciones que tiene el Ministerio de Sanidad y Consumo, concretamente las pertenecientes a uno de sus organismos encargados de gestionar las prestaciones sanitarias dentro del contexto de la seguridad social, el Instituto Nacional de la Salud, viene extensamente abordado en la Ley General de Sanidad de 1986²⁷. El INSALUD, además de ser una de las entidades gestoras de la Seguridad Social, es uno de los principales recursos sanitarios de carácter público con el que cuenta el Estado.

Las funciones del INSALUD tienen tanta importancia en el ámbito sanitario, que hablar de una transferencia de estas funciones supone hablar de la mayoría de edad para aquellas comunidades que ya las tienen transferidas. Una vez que el Estado ha transferido sus competencias correspondientes al INSALUD, quedaría supuestamente transferida a las Comunidades la administración y la gestión de la red hospitalaria-dispensaria de la periferia, por tanto, el Estado se reservaría únicamente las misiones de:

- Fijación de la Ley de Sanidad
- La Sanidad exterior
- La coordinación de los distintos servicios autonómicos

²⁶Orden 1447/ 1995, de 29 de diciembre, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se adscriben a Centros Directivos y Organismos Autónomos de la Consejería las competencias, funciones y servicios estatales en materias encomendadas al INSERSO (BOCM Nº 4, 5 enero de 1996)

²⁷Ley 14/ 1986 de 25 de abril, General de Sanidad

→ La inspección y control de los distintos servicios autonómicos

La constitución establece básicamente dos vías para poder acceder a la autonomía, la del artículo 143 y la del artículo 151. El hecho de haber llegado a la autonomía por una u otra vía tiene especial relevancia en cuanto al ámbito de la Seguridad Social, ya que ésta se encuentra incluida entre las competencias de titularidad estatal del artículo 149 de la Constitución a las que, en principio sólo tienen acceso las comunidades que han utilizado la vía del artículo 151. La propia constitución establece la posibilidad de que el resto de las Comunidades puedan acceder a competencias de titularidad estatal, bien mediante Ley Orgánica de ampliación de competencias, bien por el transcurso de 5 años y decisión de su Asamblea Legislativa.

Sólo 7 Comunidades han podido recibir el traspaso en materia de Seguridad Social, debiendo las 10 restantes, por el momento, esperar a que se cumplan las previsiones constitucionales:

Actualmente se ha efectuado el traspaso del bloque de funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas de: Cataluña²⁸; Andalucía ²⁹; País Vasco ³⁰ (Servicio Vasco de Salud) y País Valenciano³¹; para las dos últimas, el traspaso tuvo efectividad a partir del 1 de Enero de 1988. Todas ellas, menos la Comunidad Valenciana, la que la obtiene por Ley Orgánica de ampliación de sus competencias, igual que la de Canarias, han obtenido el traspaso por haber accedido a la autonomía utilizando la vía del artículo 151 de la Constitución. Galicia³², la que también accede por la vía del artículo 151 de la Constitución, y Navarra³³ las obtienen a partir de 1991. Navarra por lo dispuesto en su Ley Orgánica de mejoramiento del Fuero.

²⁸Real Decreto 1517/81 de 8 de Julio

²⁹Real Decreto 400/84 de 22 de febrero

³⁰Real Decreto 1536/87 de 6 de noviembre

³¹Real Decreto 1612/87 de 27 de noviembre

³²Real Decreto 1679/ 1990 de 25 de diciembre

³³Real Decreto 1680/ 1990, de 28 de diciembre - Real Decreto de 1681/ 1990 de 28 de diciembre

El resto de las Comunidades autónomas deberán completar el proceso señalado en el artículo 148.2 de la constitución, o bien recibir las competencias por medio de alguno de los procedimientos señalados en el artículo 150 de dicha norma fundamental, para poder asumir competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y que, en su día, se produzca el traspaso de las funciones del INSALUD a las mismas. Independientemente del grado de desarrollo del proceso de transferencias, el INSALUD, mantiene *Acuerdos de Colaboración y Convenios de Asistencia Sanitaria* con las distintas Comunidades, en orden a lograr la coordinación debida para el mejor desarrollo de los servicios que ambos tienen encomendados, y también como adecuación al posible proceso final de transferencias de los mismos.

El Insalud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

C. Ámbito Educativo

En el ámbito educativo, a nivel de trasferencia de competencias se encuentra en una situación muy similar a la del ámbito sanitario. Aquí, en vez de hablar de la plena transferencias de uno de los organismos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD, hablamos directamente de las trasferencias del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC).

Las competencias educativas también se encuentran incluidas entre las competencias de titularidad estatal del artículo 149 de la Constitución a las que, en principio sólo tienen acceso las comunidades que han utilizado la vía del artículo 151. Por tanto, las Comunidades que han recibido la plena trasferencia de funciones son las mismas que, en principio, han recibido las trasferencias del INSALUD. El resto, llevan a cabo sus respectivos *Acuerdos de Colaboración y Convenios en materia educativa*.

No vamos a detenernos en el proceso de transferencias en el ámbito educativo porque el interés que para nosotros tiene, teniendo en cuenta nuestro tema, la Atención Temprana, es mínimo, debido a que el ámbito educativo en el que nos ubicamos, concretamente es el de la Educación Infantil de 0-3 años. La Educación Infantil, de 0 a 3 años, aunque incitada y promulgada a nivel estatal por la presente ley educativa, LOGSE (1990), es abordada y desarrollada por una iniciativa de naturaleza puramente comunitaria y local.

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA

A. Los Servicios Generales y los Específicos³⁴

Estos dos tipos de servicios son la base y el techo de un continuo jerarquizado de servicios al uso de la persona con discapacidad.

a) Los Servicios Generales

1º Nivel de la jerarquía

Son los "servicios ordinarios" de una comunidad, a lo cuales puede acceder una persona con discapacidad, convirtiéndose en un usuario de los recursos creados para el conjunto de la ciudadanía, no necesitando más adecuación de éstos, que cualquier otro ciudadano. En este paquete de servicios hay que incluir una red sanitaria adecuada que dé respuesta a las necesidades que tiene el deficiente como persona y no como deficiente. Pudiendo hablar de un planteamiento similar en materia educativa. Sólo a través de un buen sistema educativo de carácter general, y para todos los ciudadanos, podrá mejorar la atención pedagógica de quienes tienen necesidades educativas específicas.

³⁴Consejería de Integración Social (1992) *Niveles de Organización de la Atención*, Madrid-Formación Especializada en Servicios Sociales/ Azúa, P. (1995) Desarrollo de Servicios para personas con retraso mental, en Verdugo Alonso, 1995 *Personas con Discapacidad: Perspectiva Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*, Siglo XXI:Madrid

2º Nivel de la jerarquía

Dentro de estos servicios se pueden llevar a cabo determinadas "medidas de apoyo interno" a los problemas específicos que la persona con deficiencia presenta, consiguiendo así una mejor adaptación de los mismos a las necesidades de estos sujetos.

3º Nivel de la jerarquía

Los "Servicios Sociales Generales" se consideran a caballo entre los generales y específicos. Estos servicios abordan las necesidades de manera inespecífica y por ello son generales para toda la población. Sus funciones se limitan a la información, orientación y asesoramiento sobre los derechos de la persona con deficiencia y de los recursos existentes para cubrir sus necesidades.

b) Los servicios específicos o especializados

4º Nivel de la jerarquía

Son servicios altamente especializados en materia de la problemática específica que presentan los distintos sujetos que se enfrentan a una deficiencia. Únicamente entraran en juego en el tratamiento a la minusvalía cuando en razón de la deficiencia y de la extensión y características de las mismas, precisen recursos altamente cualificados, que no sean cubiertos por los niveles generales anteriores, ni con apoyo o sin él, ni siquiera por los servicios sociales generales.

Esta red de servicios o recursos³⁵ debe funcionar de manera integrada y coordinada. Una misma persona minusválida puede necesitar alternativa y simultáneamente todas las redes o sólo la red ordinaria, y esta necesidad puede ir variando en el paso por las distintas etapas de la vida. Los principios de integración y normalización exigen una atención con los procedimientos y recursos más ordinarios posibles y culturalmente valorados, y por ello lo más integrados posible en el tejido social de la ciudadanía; sólo se acudirá a las fórmulas más especializadas cuando las necesidades del sujeto así lo exijan.

³⁵ Denominada por Azúa, p. 1995, *cadena de servicios*

"La cadena de servicios es el conjunto de acciones e intervenciones que, con carácter más o menos específico, precisa una persona con deficiencia mental. En unos casos, esta precisión viene determinada por la propia deficiencia mientras que en otros no son más que el resultado de su condición de persona. Por ello, a pesar de que todos ellos resultan necesarios para adquirir habilidades o conocimientos o para desarrollar sus capacidades, a lo largo del proceso se han de mezclar los propiamente específicos con los generales" (Azúa, P. 1995)

Pasemos a hacer una breve referencia a la *Cadena de Servicios* que entra a formar parte en la prestaciones de un sistema de Atención Temprana.

En la cadena de servicios propios de la Atención Temprana, encontramos en primer lugar, el servicio sanitario, en el que se realiza la detección de la deficiencia o el alto riesgo frente la misma, así como la emisión del diagnóstico clínico. En principio, podemos hablar de un *primer nivel de la jerarquía* de servicios, es decir, nos encontramos dentro del marco de servicios ordinarios y como tal, general.

Pero las necesidades específicas de esta población, una vez detectado un signo de alarma, exige abordar la situación de una forma más especial: valorar y estudiar la posible deficiencia o riesgo a través de un contraste de pruebas y datos clínicos. Sólo de esta forma se podrá emitir un adecuado diagnóstico. Tanto el niño, como la propia familia van a necesitar un tratamiento, orientación y apoyos específicos por parte de los profesionales sanitarios. Aquí ya podemos hablar de un *segundo nivel de la jerarquía*, medidas de apoyo a través de una adaptación específica del servicio ordinario a las necesidades de esta población. Aunque todavía nos encontramos dentro del marco de los servicios generales.

Posteriormente, ante dicha situación, la familia puede pasar a recibir una orientación, información y asesoramiento de los servicios sociales generales, encontrándonos pues, en

un *tercer nivel de la jerarquía*, pero todavía dentro de un contexto de servicios generales.

Ante las necesidades de un tratamiento específico de cara a la prevención de la deficiencia o de los efectos de la misma en términos de discapacidad o minusvalía, el niño y la familia pasan a recibir un tratamiento específico de Intervención Temprana de carácter psicopedagógico, el que puede haberse iniciado en el contexto sanitario, desde un servicio general con unas medidas de apoyo. Este servicio ya entraría a formar parte de los servicios especializados, normalmente en el ámbito social y, por tanto, nos ubicaríamos en el *cuarto y último nivel de la jerarquía*.

Por último, y sin olvidar las necesidades individuales y especiales que requiere el niño, cubiertas en gran medida en estos servicios especializados, se inicia de forma paralela la prestación de otro servicio de tipo general, que no es otro que el educativo. Situación dada ante la necesidad de buscar la mayor normalización e integración del individuo en el marco comunitario, cubriendo así las lagunas que a este respecto podría presentar el tratamiento especializado como el único recurso en el tratamiento a esta población. Normalmente, la prestación del servicio educativo suele ubicarse en el segundo nivel de la jerarquía, debido a que, pese a mantener un tratamiento dentro del sistema ordinario, se requieren unos apoyos específicos y, por tanto una adaptación específica de éste. Pero lo más importante es poder ofrecer, a la población infantil con deficiencia o riesgo frente a la misma, la posibilidad de disfrutar de unos servicios ordinarios y generales, sea o no con apoyo.

Todos ellos son importantes e imprescindibles en esta etapa temprana de la vida y ninguno de ellos puede cumplir con las funciones de los otros, ninguno, por si solos, puede cubrir todas y cada una de las necesidades de la población que atiende.

Volvemos a referir las palabras Azúa (1995)*Por ello, a pesar de que todos ellos resultan necesarios para adquirir habilidades o conocimientos o para desarrollar sus capacidades, a lo largo del proceso se han de mezclar los propiamente específicos con los generales*

Lógicamente, ésta sería la *cadena de servicios* en términos generales, pero, ahora bien, cada caso cuenta con unas características y necesidades muy específicas y distintas al resto, por tanto, no todos los niños pueden requerir el paso por todos y cada uno de los servicios expuestos, ni en el mismo orden, ni con la misma intensidad o frecuencia, sobre todo a nivel de servicios específicos y de ordinarios con apoyos.

B. Las prestaciones de los distintos servicios en el marco de la Atención Temprana

- Ámbito Social/ Ministerio de Asuntos Sociales -

a) El Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía

Hablar del tratamiento institucional de la deficiencia en nuestro país, nos obliga necesariamente a realizar una referencia a la tarea que ha venido desarrollando El Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías en todo el contexto nacional. Su actuación a ido más allá de lo puramente social, siendo muy destacable su esfuerzo en materia de sensibilización, implicación y coordinación multiinstitucional en todo el área de la deficiencia y, de forma especial, en la prevención y el tratamiento temprana de la misma.

- Fue creado, bajo el nombre de Real Patronato de Educación Especial, en 1976³⁶. En su artículo 2, dice "*...tendrá como funciones principales las de impulsar la Educación Especial y establecer los oportunos cauces entre la iniciativa privada*".

³⁶Real Decreto de 9 de abril de 1976

El Real Patronato de Educación Especial, desde su orientación educativa inicial, amplía la concepción de la educación y trata de aunar y potenciar todos los recursos de las administraciones y organismos públicos y las de las iniciativas privadas. Este principio, por el cual el Real Patronato no es sólo Administración, representa el reconocimiento y el asumir los trabajos importantes, aunque dispersos de la Administración y los también importantes trabajos de asociaciones protectoras, entidades científicas y colectivos de profesionales que habían suplido las lagunas de la Administración Pública (Cabalda Álvarez, 1992)³⁷. Una de las actuaciones más importantes en esta primera etapa de la institución fue la elaboración del *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad* en mayo de 1977.

- En 1978, se realiza una reestructuración del organismo y una modificación de la denominación, el que pasa a denominarse Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes³⁸. Entre las funciones más destacables encontramos:
 - la de estimular las medidas necesarias para la eficaz prevención de deficiencias
 - la de asegurar la coordinación de todos los servicios que exige la adecuada y múltiple atención a deficientes
 - la de promover la calidad y extensión de la Educación Especial potenciando todas las actividades con ella relacionadas o las complementarias.
 - la de instar, por todos los cauces, la rehabilitación global de los deficientes
 - la de marcar las directrices con las que establecer las oportunas vías de colaboración entre las iniciativas pública y privada
 - Fomentar la investigación, información y constitución de fondos bibliográficos en materia de deficiencias.

De entre las acciones más importantes durante esta época, se encuentra la elaboración del Plan Nacional de la Educación Especial y el Plan de Información,

³⁷Cabalda Álvarez (1992) El Real Patronato. En Molina García, *La educación de los niños deficientes mentales en España*. CEPE: Madrid

³⁸Real Decreto 2276/1978 de 21 de Septiembre

Documentación y Estudio. También hay que destacar la eficaz labor de asesoramiento en la elaboración de la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982 (Cabalda Álvarez, 1992)³⁹.

- En 1986 se vuelve a reestructurar este organismo con una nueva denominación, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía⁴⁰, adquiriendo así su denominación actual.

*El Real Patronato es un organismo público que bajo la Presidencia de Honor de Su Majestad la Reina, tiene por objeto la promoción, impulso y coordinación de la prevención de deficiencias, así como de la educación, rehabilitación e integración social de las personas con minusvalía. En el Real Patronato participan representantes del Estado y del sector privado, y podrán colaborar, asimismo, las restantes Administraciones Públicas (artículo 1)*⁴¹

Son funciones del Real Patronato:

- 1) *Promover e impulsar las actuaciones públicas y privadas en los campos de: la prevención de deficiencias, el diagnóstico y valoración de las minusvalías, las disciplinas y especialidades rehabilitadoras, incluyendo la educación, la promoción y autonomía de los afectados.*
- 2) *Facilitar, dentro del ámbito definido en el apartado anterior, la colaboración y coordinación entre las distintas Administraciones públicas, así como entre éstas y las asociaciones y entidades privadas y en particular: propiciar la coordinación entre los distintos departamentos y organismos de la Administración del Estado. Establecer vías de comunicación entre la Administración del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones*

³⁹ Cabalda Álvarez (1992) *El Real Patronato*. En Molina García, La educación de los niños deficientes mentales en España. CEPE: Madrid

⁴⁰ Real Decreto 1475/1986 de 11 de julio

⁴¹ Real Decreto 1475/1986 de 11 de julio

Locales. Impulsar el asociacionismo. Desarrollar la función de encuentro, tanto a nivel nacional como internacional, entre las instituciones.

3) Colaborar, como instrumento técnico de apoyo con los Organismos, Entidades y Especialistas en materia de investigación, información y documentación (artículo 2)⁴²

Siguiendo a Cabalda Álvarez (1992), dentro de esta última etapa, cabe destacar como acciones más relevantes del Real Patronato, las emprendidas en materia de Prevención, en la conformación de los Equipos Multiprofesionales, en educación, en rehabilitación, en la autonomía personal e integración social, en la oferta de empleo, en la investigación, información y documentación y en la coordinación interinstitucional.

El Real Patronato queda adscrito en la actualidad al Ministerio de Asuntos Sociales, pero en un primer momento perteneció al Ministerio de la Presidencia, pasando posteriormente al Ministerio de Relaciones con las Cortes y la Secretaría del Gobierno.

b) El Instituto Nacional de Servicios Sociales

Este organismo queda incorporado en 1978 ⁴³, como entidad gestora de la seguridad social, concretamente para gestionar los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la seguridad social en el antiguo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). Este organismo, tiene encomendada, entre otras competencias, la atención a las personas con minusvalía.

El INSERSO ha cubierto a nivel nacional, concretamente en el tratamiento a la infancia con deficiencia o riesgo frente a la misma, a través de una red de equipos multiprofesionales agrupados en los *Centros Base*, las funciones de:

⁴²Real Decreto 1475/1986 de 11 de julio

⁴³Real Decreto sobre Gestión Institucional de la Seguridad Nacional/ Ley de 36/ 1978 16 de Noviembre de 1978

- Valoración y diagnóstico de esta población, de cara al
- Reconocimiento y calificación de las condiciones de minusvalía.
- Prestación de ayudas económicas a nivel individual a aquellas personas que obtuvieran dicha calificación,
- así como, en algunos casos, la prestación de tratamientos de Atención Temprana, o la orientación y apoyo pertinente para que dicho tratamiento tuviera lugar.
- Ayudas económicas en la modalidad de subvenciones a aquellas asociaciones de padres con niños deficientes sin ánimo de lucro en la que se prestara tratamiento de Atención Temprana.

La labor social que el INSERSO, como organismo de la administración pública, ha venido realizando en el campo del tratamiento de la minusvalías en nuestro país ha sido muy destacada; hasta el momento es uno de las entidades públicas que más énfasis ha puesto en la promoción, apoyo y desarrollo en el terreno práctico del contenido de la Ley de Integración Social de los minusválidos (1982).

Actualmente, la mayor parte de las comunidades han recibido o están recibiendo el traspaso de estas funciones del INSERSO a sus respectivos organismos autonómicos competentes.

c) El Movimiento Asociativo en el terreno de la minusvalía

Actualmente en España contamos con más de 500 entidades asociativas de diversa naturaleza: la mayoría son Asociaciones, pero también hay fundaciones, cooperativas, etc.

También la mayoría de ellas han nacido con vocación territorial, es decir, de solucionar las necesidades de las personas con deficiencia mental de una provincia, comarca o barrio. Otras persiguen resolver las necesidades de colectivos específicos: personas con Síndrome Down, personas autistas, otra con parálisis cerebral, etc. y otras entidades

asociativas se han especializado en servicios. Por ejemplo de trabajo, de ocio, de deporte, de *Atención Temprana*, de educación, etc. Unas son pequeñas, otras muy grandes.

Estas asociaciones no van por independiente, sino que la gran mayoría de ellas están coordinadas en Federaciones Regionales. Hay una Federación en cada Comunidad Autónoma. Y todas las Federaciones Regionales están integradas en la Confederación Española de Federaciones y asociaciones Pro Personas Deficientes Mentales (FEAPS).

Esta Confederación, a lo largo de los últimos 30 años ha obtenido importantes logros:

- Que haya leyes favorables que reconozcan los derechos de las personas con deficiencia mental.
- Mejoras presupuestarias muy importantes para este sector y creación de infraestructuras de servicios en todo el país.
- Cambios en la maternidad de las familias de las administraciones y de la sociedad fundamentales para avanzar en el proceso de la integración.

FEAPS es una entidad sin ánimo de lucro que tiene integrados como miembros numerarios a 17 Federaciones Regionales de ámbito autonómico⁴⁴, una por cada una de las comunidades autónomas, más las asociaciones de Ceuta y Melilla y 7 miembros adheridos. Fue creada el 26 de abril de 1964 y fue declarada de Utilidad Pública el 20 de marzo de 1970.

La misión de esta Confederación es la de *"Mejorar la calidad de vida de todas las personas con deficiencia mental de España y de sus familias en el marco de los principios de integración y normalización"*; y sus objetivos básicos:

⁴⁴FADME (Andalucía); FADIS (Aragón); AIDA (Asturias); UNAC (Baleares); FERCAMIP (Canarias); AMPROS (Cántabra); FAPMAN (Castilla-La Mancha); FECLAPS (Castilla-León); APPS (Cataluña); FASEX (Extremadura); FADDEM (Madrid); FADDEM (Murcia); ANFAS (Navarra); FEVAS (País Vasco); FRADIS (La Rioja); FECOVA (Valencia); ASPANIES (Melilla); APROS (Ceuta).

1. promover la acción de las federaciones autonómicas y de sus entidades miembros, coordinando, asesorando y orientando sus actividades.
2. Actuar como interlocutor del sector ante los poderes públicos para asegurar la puesta en práctica de medidas y políticas necesarias, así como el suficiente soporte económico para la creación y mantenimiento de los servicios.
3. Propiciar un cambio positivo de actitudes en los diversos estamentos sociales en favor de la integración de las personas con deficiencia mental.

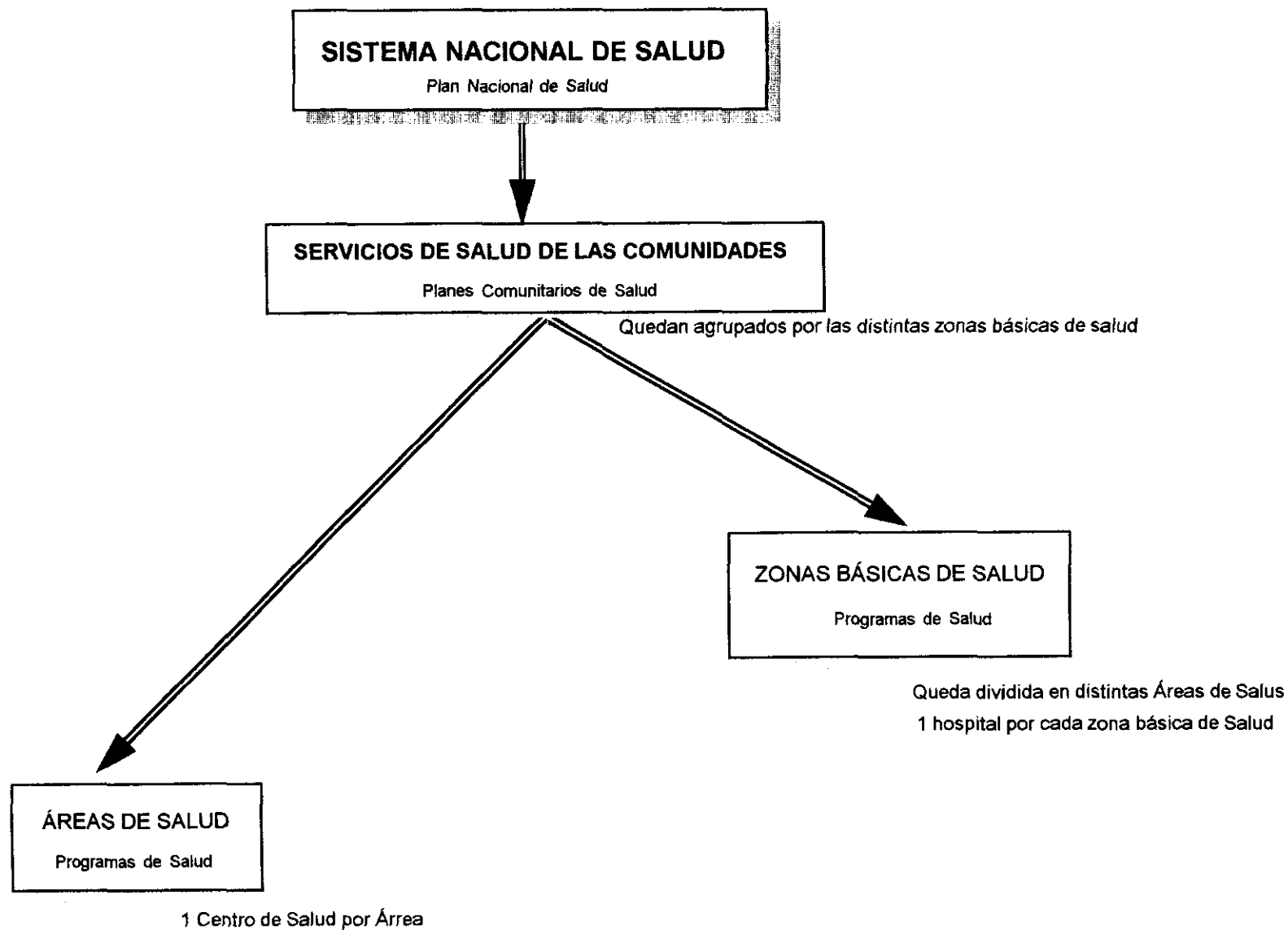
Actualmente, FEAPS cuenta con 598 entidades integradas en las Federaciones y con 1.300 centros y servicios. Este tipo de centros pueden ser: Ocupacionales, de Atención Temprana, de Educación Especial, Especial de Empleo, Residencial, Pisos Tutelados, Clubes de Ocio. Concretamente los centros específicos de Atención Temprana son 86, con 2.800 usuarios de los mismos y atendidos por 470 profesionales.

La mayor parte de estas asociaciones, en el despliegue de sus servicios, entre ellos la Atención Temprana, ha venido recibiendo el apoyo económico de los fondos públicos en la modalidad de subvenciones otorgadas por el Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO).

- Ámbito Sanitario/ Ministerio de Sanidad y Consumo/ Instituto Nacional de Salud -

El INSALUD⁴⁵, como ya abordamos en el apartado dedicado a la normativa sanitaria, cuenta con dos niveles de atención, la *primaria*, a través de los Centros de Salud y la *especializada*, a través de la Red de Hospitales (*Gráfica 31*)

⁴⁵ Creado por el Real Decreto de Ley 36/1978 de 16 de noviembre, como entidad gestora de la Seguridad Social para la prestación sanitaria dentro del antiguo "Ministerio de Sanidad y Seguridad Social"



a) La Atención Primaria

Donde hay una prestación de servicios, básicamente, de medicina familiar, pediatría y enfermería, aunque a partir de 1984 se amplía esta oferta sanitaria: planificación familiar y atención a la mujer, actividades preventivas, salud mental, trabajo social-sanitario, fisioterapia básica, en la modalidad de *unidades básicas* de atención sanitaria. La Atención Primaria, actualmente, queda marcada por unas directrices generales dilimitadas por el propio Plan Nacional de Salud para este primer nivel de asistencia. Dentro de estas directrices aparece, como uno de los elementos de la metodología de trabajo, los *Programas Básicos de Salud*, dentro de los cuáles se encuentra el *Programa de atención al Niño*.

En la propuesta de objetivos de este Programa encontramos de forma específica el de la "*contribución a la disminución de la morbi-mortalidad del lactante, preescolar, escolar y adolescente, incidiendo sobre los programas prevalentes en la zona en cada etapa (...retraso del desarrollo psico-motor, alteraciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones en la salud mental, alteraciones en el aparato locomotor, alteraciones visuales y auditivas....)*" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991)⁴⁶

Este marco general, ha supuesto la puesta en marcha y desarrollo de toda una labor sanitaria, a nivel de atención primaria, en materia de control y seguimiento del desarrollo del niño, de cara a la detección y tratamiento temprano de cualquier anomalía en el mismo, cumpliendo así una clara función preventiva de la deficiencia o los efectos de la misma. Al hilo de esta iniciativa sanitaria, en 1992, el mismo Ministerio de Sanidad y Consumo, elabora y difunde una guía específica para facilitar esta detección temprana de la deficiencia o el riesgo frente a la misma, "*Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño*", también en el contexto de la Atención Primaria.

⁴⁶Ministerio de Sanidad y Consumo (1991) *Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Temprana*, Madrid

b) La Red de Hospitales

En este nivel de atención se ofrece la atención sanitaria especializada bajo dos modalidades, las prestaciones en consultas externas al hospital (antiguos ambulatorios), las prestaciones en consultas internas al hospital, con o sin ingreso en el mismo. Pero gran parte de la detección temprana de las deficiencias del riesgo ante la misma, tiene lugar en un contexto hospitalario y generalmente en los servicios de neonatología. Por tanto, es labor de los servicios especiales de la atención sanitaria, realizar una valoración y diagnóstico de una previa detección de deficiencia o riesgo a nivel de Atención Primaria o en la detección en los primeros momentos del nacimiento, normalmente en el servicio de neonatología. Esta valoración suele estar a cargo de los propios servicios de neonatología y de los servicios de neuropediatría. Con ello se inicia el primer paso en de la Atención Temprana.

Está claro, que no, en toda la red de servicios sanitario, del país ha tenido ni tiene lugar con los mismos niveles de sensibilización y de desarrollo este proceso inicial de la Atención Temprana, por son diversas las iniciativas en este campo, tal y como referimos en el siguiente punto. También las iniciativas posteriores al proceso siguiente a la detección, valoración y diagnóstico de la deficiencia son variadas y poco sistematizadas a nivel sanitario. Nos referimos a las orientaciones y a las primeras pautas de Intervención Temprana en el contexto hospitalario. Pese a ello, contamos con unas primeras iniciativas importantes, como son, entre otras, la del Hospital Universitario de Navarra, el Hospital de Valencia CEM, el Hospital Santa Cristina de Madrid, los que han creado una unidad específica de atención precoz, y el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en el que, dentro del Servicio de Neonatología, se está llevando una importante labor de Intervención Temprana de carácter preventivo con los niños ingresados en este servicio con alto riesgo de deficiencia por causa biológica, niños con bajo peso al nacimiento o de nacimiento pretérmino.

- *Ámbito Educativo/ Consejerías y Concejalías de Educación* -

En el ámbito de la administración educativa contamos con dos servicios específicos: *las Escuela Infantiles y los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana*. Pero, aunque propuestos en la LOGSE, no tienen carácter ni obligatorio ni gratuito, por tanto, su configuración y desarrollo, por parte de las iniciativa públicas, está teniendo lugar en un contexto comunitario y local, con menor incidencia estatal, principalmente entre 0-3 años. Cada comunidad autónoma, con sus respectivas entidades locales, están llevando a cabo su propio proceso de administración de la red pública de Escuelas Infantiles y Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana. Normalmente, esta red de servicios educativos suele estar sujeta a un sistema de sectorización, en el que cada equipo atiende y apoya a todas las escuelas ubicadas dentro de su propio sector. El niño con deficiencia o alto riesgo queda integrado en el sistema ordinario de enseñanza, pero el centro al que asiste intenta adaptarse a las necesidades de éste; adaptación en la que el equipo psicopedagógico juega un papel decisivo, prestando el apoyo y orientación profesional necesaria para poder cubrir el proceso preventivo al más alto nivel posible, teniendo en cuenta que el niño tiene que ser atendido en el contexto de su escuela y de su grupo de compañeros y no de forma específica e individual.

C. La trayectoria de la Atención Temprana en nuestro país⁴⁷

a) El origen

El inicio de la Atención Temprana en nuestro país tiene lugar unos 15 o 14 años, aproximadamente en los finales de los años setenta.

⁴⁷Exposición basada en la Conferencia de **Demetrio Casado** (1991) El ayer, el hoy y el mañana de la Estimulación Temprana en el Encuentro Nacional de Profesionales de la Estimulación Temprana, Ávila, 1991

La Atención Temprana, pese a tener en principio una naturaleza rehabilitadora (potenciar capacidades bloqueadas, capacidades disminuidas), no surge en el área donde ha conocido mayor desarrollo la rehabilitación, que es el área de la discapacidad física, sino en el área de la discapacidad psíquica. Esto provocó no pocas discusiones por estos años iniciales en torno a:

La discapacidad física → da lugar a funciones de rehabilitación

La discapacidad psíquica → da lugar a una actuación de carácter educativo

El hecho de que la Atención Temprana naciera, a su vez, en relación obligatoriamente a niños, a población infantil, dio lugar a un grave enfrentamiento corporativo, por aquellos años iniciales, entre rehabilitación y Atención Temprana.

Finalmente se planteó la Atención Temprana como una rehabilitación de niños y se trataba de ubicar dentro del marco y bajo el control de los cuerpos profesionales encargados de la rehabilitación, el cuerpo facultativo de los rehabilitadores. El conflicto fue de difícil solución, porque en estos servicios propios de rehabilitación no llegó a plantearse, no llegó a escogerse, la iniciativa de la Atención Temprana; en un momento dado se reclama, pero no se instauró como tal.

b) 1982, Simposio sobre Atención Precoz/ SEREM

A finales de los años 70 y principios de los 80 estaba el conflicto en pleno auge, la Atención Temprana era la llamada "Asociación de Conflicto". Pero ya contaba con laguna base organizativa, tenía un proyecto y contaba con algunos equipos especializados en la materia (alrededor de 12 equipos en algunas provincias). Por ello se creyó conveniente, por parte del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM, 1974)⁴⁸, crear un simposio donde se buscara ayudar a desconflictizar este campo de actuación, reuniendo a todas las iniciativas

⁴⁸SEREM, creado en 1970/ Decreto de 22 de agosto de 1970

existentes en el campo de la Atención Temprana, se buscó provocar un mutuo conocimiento entre todos ellos.

En 1982, se convocó, por parte del SEREM este Simposio, el que se celebró en el Centro de Maudes de Madrid, reuniendo así distintas aportaciones, entre otras las:

- experiencias del propio SEREM, la de Maudes en Madrid.
- experiencias de la Subdirección Provincial de Atención a Minusválidos de Toledo
- experiencias de la Unidad Pediátrica de la Estimulación Precoz de la Universidad de Navarra (Villa Elízaga)
- experiencias del Equipo de la Cruz Roja (González Más)
- experiencias del Equipo de la Sociedad Rehabilitadora de la SER (José Luis Pérez de Erebia)

c) Clima de los años 80

- *Crecimiento de la demanda*

Una vez conseguidos ciertos niveles de pacificación a partir del Simposio de 1982, fueron surgiendo otros inconvenientes:

Aparece un gran crecimiento de manifestaciones de padres sobre su supuesta necesidad ante la Atención Temprana, quieren poder acceder a estos tratamientos, no tanto por el conocimiento científico de sus beneficios, como por percibir que había niños que comenzaban a recibir estos servicios. Aparece así una gran presión social frente a la misma. Se produce una gran demanda de estos servicios, no siempre conocida o medida. Se pide un incremento de los equipos y una ampliación de éstos.

- *Crecimiento de la oferta*

Paralelamente comienza también a crecer la oferta institucional:

- Hospitales privados
- El SEREM amplía sus equipos
- Algunas instituciones aisladas de sanidad

→ Más tarde, la administración educativa llega a instalar los Equipos de Atención Temprana

Todos los sectores se sienten llamados, exceptuando el sector sanitario, el que deja un gran vacío al respecto, con alguna excepción, como es el caso del Hospital de Valencia (CEM), que desde los inicios cuenta con un servicio de Atención Precoz.

Pero, no podemos olvidar que la Atención Temprana tiene un carácter sanitario, dando a lo sanitario la concepción amplia que es usual. Lo sanitario comienza a convertirse en un claro reclamo nacional en este ámbito.

La suma de estas ofertas, que se van manifestando y que se van desarrollando, no es suficiente para cubrir la demanda presionante del momento.

- *Comienza a dar la cara otro problema*

Un problema más de tipo cuantitativo, la ampliación de la oferta, la que no era posible solventar con un simple incremento de los equipos u ofertas, fuera ésta de una entidad u otra, y este problema es sencillamente, el del *caos* y el de la *desorganización*.

d) 1985, la iniciativa de la Generalidad Catalana

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad Catalana, dicta una orden del 22 de Julio de 1985, de creación del Programa Sectorial de Estimulación Precoz.

Para ello cuenta con una ventaja en aquel momento, una misma consejería era responsable de las funciones de seguridad social, de sanidad y de servicios sociales, con lo cuál tenía la posibilidad de "armar" las relaciones entre: los que son los naturales

clientes de la Atención Temprana y los naturales proveedores (algo que ya no se da en la actualidad porque ésta ha quedado dividida):

- *Naturales clientes de la Atención Temprana*: no son los padres, son los servicios sanitarios, los servicios de maternidad, los servicios de neonatología, los servicios pediátricos.....
- *Natural proveedores de la Atención Temprana*: Los servicios de Atención Temprana que estén ubicados en sanidad o en servicios sociales.

e) 1986-1987, reclamo de la necesidad de coordinación, Simposio Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana y Enfoque Técnicos y Sistemas de Coordinación (1987)

Había un problemas de caos, de iniciativas sueltas que no se encontraban y había unas demandas. En este año, un equipo apto, que en las declaraciones a la Comunidad Escolar, pone de relieve el problema de la coordinación: "La coordinación no es solamente una meta estética, sino que estén ordenados (de que se ajusten), los que quieren algo con los que pueden satisfacer esa demanda, también es una cuestión de eficacia". Por aquellos años se comienza a poner de relieve el problema tan grave en cuanto a la falta de coordinación en el ámbito de la Atención Temprana.

Así pues, en estos años 80, cuando ya se desarrolla la oferta de Atención Temprana, permanece, e incluso se acrecienta, este problema, que no se abordó desde el comienzo, y es de la coordinación, el de la articulación entre quienes son demandantes del servicio y quienes son proveedores de los mismos. Nadie se siente llamado porque nadie tiene en este campo autoridad administrativa única, ni de una ni de otra clase, para hacer el papel de centrocampista, de mediador o de Brocker en el mercado.

Es por tanto, en este año y ante esta situación, cuando el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía tuvo la iniciativa de convocar un Simposio Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana y Enfoques Técnicos y

Sistemas de Coordinación, cuyos objetivos fueron dobles (hubo una especial intervención de Luis García Echegoyen, una de las personas claves en la introducción de la Estimulación Temprana en España).

1. Mantener el objetivo del Simposio de 1982: plantear nuevamente contrastes de los distintos enfoques técnicos de la Atención Temprana que estaban teniendo lugar en el País.
2. Pero a la vez agregar un nuevo objetivo no planteando en el primer Simposio del SEREM (1982): abordar la cuestión de los sistemas de coordinación en el ámbito de la Atención Temprana (conexión entre centros demandantes y centros proveedores).

f) Consecuencias del Simposio Iberoamericano de 1987

A partir de este Simposio, un grupo de los asistentes pidió al Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía que se les facilitara la posibilidad de seguir reuniéndose por su cuenta, para llegar a "armar" eso que allí se había planteado como problema: la coordinación en el campo de la Atención Temprana, entre demanda y oferta, entre las distintas instituciones implicadas. El Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía accedió a su apoyo, financiación e investigación.

1. Un grupo de profesionales interdisciplinar formado, entre otros, por :
 - Profesionales de equipos del MEC
 - Miembros del equipo de Maudes (INSERSO)
 - Miembros del Hospital de Santa Cristina
 - Miembros de distintos servicios de neonatología. Iniciativa muy importante, en la que jugó un importante papel el Profesor Arizcun Pineda.
2. Gracias a esta circunstancia se constituyó seguidamente un equipo paralelo y conexasionado o conectado, fue el de Jefes de Servicios de Neonatología de los Hospitales, no de todos, pero sí de diversos hospitales de Madrid. El Doctor Arizcun Pineda hizo de enlace y se encargó de su promoción.

La Guía de Centros de Atención Temprana⁴⁹, demostró que realmente, la demanda, concretamente los Servicios de Neonatología, no tenía ni idea con qué podía contar. Los servicios de Neonatología no sabían qué hacer ante niños con problemas, no sabían de la oferta, sólo sabían aconsejar el paso del tiempo, por esos los centros de Atención Temprana estaban llenos de niños de 3-6 años, pero no de lo más urgente, niños de 0-3 años. Eran muchos niños los que se quedaban bajo el peso del alto riesgo de deficiencia, por lo que muchos de ellos degeneraban en deficiencias y discapacidades.

g) 1990, Jornadas Interdisciplinarias para la Organización de Atención a Niños de Alto Riesgo

La consecuencia final de este grupo de Jefes de Neonatología y maternidades de los distintos hospitales de Madrid, fue la creación de estas primeras jornadas. Reunión donde se aborda, tanto problemas científicos, como problemas organizativos. Esta Jornadas han mantenido una continuidad durante los 5 años siguientes, siendo celebrada la última en Diciembre de 1995, como las *Vª Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*

En cuanto a la normalización institucional y organizativa de la Atención Temprana, nos encontramos en una situación en la que diversas instituciones, públicas o privadas, se han sentido llamadas a aportar su grano de arena a esta nueva función de Atención Temprana. Pero nadie ha tomado un compromiso sobre la misma y, particularmente, no ha tomado Sanidad la función de Atención Temprana. No podemos seguir dejándolo a manos de iniciativas sueltas de hospitales privados o alguno público, sino que tendrá que consolidarse como una función sanitaria de indole pública, con responsabilidad pública y, por tanto, generaliza. La Atención Temprana, pese a estas iniciativas, todavía está planteada: primero, como un asunto opcional dentro de los sanitario, y segundo, situados en hospitales de alta

⁴⁹ Grupo de Trabajo de Coordinación de Centros y Servicios de Atención Temprana (1990) *Guía de Centros de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid*. Ministerio de Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía

especialización, como puede ser la Unidad Pediátrica de Estimulación Temprana del Dr. Villabrigida y en el Hospital Universitario de Pamplona, a cargo del Dr. Villalizaga. Ello puede ser un centro de referencia, pero no puede ser un hospital terciario, el que soporte la oferta de esta función que es tan individual y cotidiana. La Atención Temprana, por tanto, necesita de una "normalización institucional", que haya alguien que asuma la responsabilidad de abastecer la demanda existente y "una normalización organizativa", esta función no puede estar a nivel terciario, ni secundario, sino a nivel primario. Pero este asunto de la Atención Temprana, de momento, no ha quedado claro que sea de alguien, siendo a su vez de todos: educación, servicios sociales y sanidad. Aunque tenemos tres instancias que están dando cabida a esta iniciativa, pero sin llegar a asumir una responsabilidad central, de liderazgo o de "centrocampista". A nivel profesional, hay médicos rehabilitadores que se han reciclado, hay psicólogos, hay pedagogos, hay especialidades más específicas, como la psicomotricidad. También una gran gama de deficiencias que suponen distintas especialidades. En el mundo de la Atención Temprana, por tanto, confluye una amplia gama de profesionales y disciplinas. El asunto, también desde el punto de vista profesional es de todos y de nadie plenamente. Necesitamos de la llamada "coordinación autónoma", es decir, que exista, por parte de todos los profesionales, una responsabilidad y compromiso que va más allá de sus propias funciones propias de su profesión. La coordinación autónoma es casi la única posibilidad de que progrese a buen ritmo, a buena marcha en pos de ese objetivo: "normalizar, institucionalizar y organizar la Atención Temprana" (Casado, D. 1991)

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, confirmamos la configuración nivel nacional de un sistema de Atención Temprana.

1. Existe un marco legislativo en el campo de la deficiencia que, de forma específica, impera por la puesta en marcha de todas aquellas medidas encaminadas a la prevención de la deficiencia y los efectos de la misma.

- Desde el ámbito social (LISMI, 1982), desde donde se realiza una alusión directa a la implicación de los organismos sanitarios y educativos en esta tarea.
- Desde el ámbito sanitario (LGS, 1986), desde donde se trata la prevención como una de las claves en la nueva concepción de la *Salud*.
- Desde el ámbito educativo (LOGSE, 1990), desde donde se aboga por un escolarización temprana de niño con deficiencia o con riesgo frente a la misma con una clara intencionalidad preventiva en la evitación de ésta o los efectos de la misma.

2. Existe un amplio campo de recursos de la administración pública y la iniciativa privada al servicio del tratamiento temprano de la deficiencia.

3. Estos recursos están administrados por una red organizada de servicios, *cadena de servicios*, específica en el tratamiento temprano de la deficiencia, "servicios generales" y "servicios específicos".

4. Por tanto, a nivel de administración nacional, existe una infraestructura suficiente en el ámbito de la Atención Temprana, como para asegurar su constitución como sistema específico de actuación en los primeros años de manifestación de una deficiencia o ante el riesgo frente a la misma.

Confirmando la existencia de este sistema, no vamos a entrar en este momento a la valoración de si la extensión, alcance y repercusión del mismo en todos y cada uno de los niveles administrativos, y en todos y cada una de los ámbitos nacionales es suficiente, simplemente nos vamos a quedar con su configuración como tal y con su actual situación dentro de un proceso todavía en pleno desarrollo.

3.2 NORMATIVA E INICIATIVAS NACIONALES QUE AVALAN LA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.2.2: *Este marco nacional da respuesta a la necesidad teórica de llevar a cabo una actuación interdisciplinar a través de una propuesta de naturaleza interinstitucional*

Una vez verificado el supuesto de la existencia a nivel nacional de un sistema concreto de Atención Temprana, con características y naturaleza propia, es fácil, a partir de la exposición realizada en el apartado anterior, deducir la naturaleza interinstitucional del mismo. Por no extendernos en este punto, debido a la obviedad de la propuesta una vez realizado el análisis anterior, exponemos:

1. La Atención Temprana, tal y como se ha demostrado, constituye a nivel nacional un sistema concreto de actuación en el campo de la prevención de la deficiencia y los efectos de la misma.
2. Esta actuación se lleva a cabo a través del despliegue de una amplia gama de servicios.
3. Estos servicios, de distinta naturaleza entre sí, desde los más generales a los más específicos, quedan ubicados dentro de diferentes marcos institucionales, con el fin de obtener los mejores resultados en el proceso de normalización en el tratamiento a la deficiencia.
4. Por tanto, podemos hablar de una actuación de carácter interinstitucional, donde los esfuerzos en materia de coordinación de cara a la obtención de un tratamiento globalizado, unificado e integrador, van a convertirse en uno de los criterios más importantes en la lucha por la calidad de dicho sistema.

3.3 CONCLUSIÓN

A lo largo de toda la exposición nacional en el apartado anterior, tanto a nivel de normativa como de iniciativas, hemos podido corroborar el ajuste que en materia de política nacional se ha realizado en base la propuesta internacional en cuanto al despliegue de normativa e iniciativas emprendidas en el terreno de la prevención de la deficiencia.

A través del marco normativo y de iniciativas nacionales hemos llegado a la conclusión de que, tal cual propone y avala la normativa internacional:

- Existe una actividad nacional suficiente para considerar que la Atención Temprana constituye un sistema específico en el marco de actuación de la prevención. Además de ser uno de los elementos más importantes en el tratamiento a la deficiencia de los tres existentes (prevención, rehabilitación, equiparación de oportunidades). Por sí solo tiene entidad propia. Esta entidad de viene dada, tanto por las características específicas de sus objetivos en el tratamiento de la deficiencia, como por el propio proceso de desarrollo de dichos objetivos.
- Existe una actividad nacional suficiente para considerar la Atención Temprana como producto de una labor de distinta naturaleza disciplinar, por tanto, para asegurar una coherencia en el desarrollo de dicho proceso, se aboga por una actuación interdisciplinar.
- Existe una actividad nacional suficiente para considerar que la Atención Temprana se concreta y materializa a través de la mediación de tres niveles institucionales específicos: sanitario, educativo y social, bajo los cuales quedan integrados todos y

cada uno de los ámbitos disciplinares y profesionales implicados en dicho proceso preventivo.

- Existe una actividad nacional suficiente para considerar que, garantizar la actividad interdisciplinar a lo largo de la aplicación y desarrollo del proceso preventivo, supone garantizar o asegurar una actuación interinstitucional, la que permite y facilita la concreción y materialización de dicha actividad interdisciplinar e interprofesional en el campo de la práctica.
- Existe una actividad nacional suficiente para considerar que, garantizar o asegurar una actuación interinstitucional, supone, a su vez, garantizar la configuración y desarrollo de unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional, conformando así un sistema de coordinación específico en el marco de la Atención Temprana.
- Existe una actividad nacional suficiente para considerar que, el sistema de coordinación interinstitucional en el marco de la Atención Temprana, debe ser significativamente diferente a cualquier otro sistema desarrollado, bien en el marco de la rehabilitación, o en el de equiparación de oportunidades. Pese a que en todos ellos, las instituciones implicadas son las mismas: sanitaria, educativa, social, la implicación de éstas en cada uno de los procesos es de muy distinta naturaleza, lo que convierte a los distintos sistema de coordinación desarrollados, en sistemas de características muy diferentes, en especiales y únicos. Pero a su vez, todos ellos (campo de la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades), tienen que conformar un sistema de coordinación entre sí, de cara asegurar la globalidad y coherencia necesaria de todo el proceso general de tratamiento de la deficiencia.

4. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL MARCO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

SUPUESTO 2.3: Actualmente, existe un marco comunitario, concretamente el de la Comunidad Autónoma de Madrid, que, apoyando la configuración y desarrollo de un sistema de Atención Temprana, responde al carácter interdisciplinar de la intervención alentando la puesta en marcha de determinadas medidas de naturaleza interinstitucional.

A partir de las propuestas nacionales contempladas a lo largo del apartado anterior y tal y como propusimos en el punto correspondiente a la política Autonómica, cada Comunidad asume la puesta en marcha de una serie de medidas específicas, acordes a las posibilidades que su realidad política, territorial y social le ofrece, encaminadas a materializar cada una de estas propuestas dentro su propia demarcación.

Las distintas Comunidades, atendiendo a sus propias condiciones y posibilidades, desarrollan dicho proceso de modo muy diferente, unos más que otros; por tanto, el resultado y las características del mismo conformarán una entidad única y distinta a la del resto, como es el caso del sistema de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid.

A lo largo de este apartado vamos a contemplar aquellas medidas comunitarias más significativas que han dado origen a este sistema.

4.1 PRINCIPALES INICIATIVAS COMUNITARIAS EN LA CONFIGURACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.3.1: *En el marco de actuación de nuestra comunidad existe un apoyo, configuración y desarrollo de la Atención Temprana como sistema concreto de actuación*

ENTIDADES COMUNITARIAS IMPLICADAS

A. Ámbito Social

- Consejería de Salud y Servicios Sociales -

Dicho organismo tiene origen en la "Consejería de Salud y Bienestar Social" de 1983¹, cambiando de designación tras una división de la administración sanitaria y de salud en 1987², "Consejería de Integración Social". Recientemente se ha vuelto a unificar ambas administraciones asumiendo la presente designación³.

Desde 1985 se lleva asumiendo transferencias progresivas de funciones y servicios estatales en materia social. Una de las últimas transferencias ha tenido lugar en 1995 con el traspaso de las funciones del INSERSO, entre ellas, las emprendidas por sus Centros Base⁴, desde los que se ha llevado una estrecha labor en materia de Intervención Temprana, tal y como quedó reflejado al abordar la dimensión nacional⁵. Las funciones generales del INSERSO en materia de minusvalía, así como la actividad general de estos Centros Base, han sido asumidas por la CAM, hasta el momento, con pocos cambios en su contenido y estructura.

¹Decreto 14/1983, de 16 de Junio (BOM 1; 16/06/83)

²Decreto 62/1987, de 23 de Julio (BOCM 174; 24/07/87)

³Decreto 71/1995, de 30 de Junio

⁴Real Decreto 938/1995, de 9 de Junio (BOE 164; 11/07/95)

⁵Págs: 405-406

a) La Atención Temprana desde la condición o presunción de minusvalía

Esta Consejería, desde sus orígenes, se ha encargado directamente de la política en *materia de minusvalía* a través de una Unidad específica de atención. Son diversas las acciones realizadas por esta Unidad desde 1985 en apoyo a la población minusválida. A través de este apoyo se va consolidando la Intervención Temprana como servicio social al minusválido en la medida que se le reconoce una prestación económica de los fondos públicos comunitarios, de forma paralela o complementaria a las prestaciones nacionales que van otorgándose a través del INSERSO :

- a modo de subvenciones de algunas entidades privadas sin ánimo de lucro, donde tiene lugar un tratamiento de intervención temprana como servicio de acción social⁶
- a modo de ayudas individuales en favor de una *atención especializada* por la condición de minusvalía⁷

Actualmente, el "Servicio de Minusválidos" es una unidad orgánica de esta Consejería dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales, unidad estructural en la que quedan ubicados los *Centros Base* de reciente transferencia y desde los que se ofrece un servicio de Intervención Temprana de carácter público.

b) La Atención Temprana desde una condición de infancia susceptible de atención

Al mismo tiempo, son diversos los esfuerzos hechos desde esta Consejería de cara al reconocimiento de la infancia como estamento social independiente y, por tanto, con necesidades susceptibles de tratamiento público, repercutiendo directamente en la consolidación de la Atención Temprana como sistema comunitario.

⁶ Resolución de 2 de enero de 1987 (BOCM 6; 08/01/87) - Resolución de 4 de enero de 1988 (BOCM 17; 21/01/88) - Decreto 2/1990 de 26 de enero (BOCM 32; 07/02/90) - Orden de 8 de febrero de 1990 (BOCM 37; 13/02/90) - Resolución de 8 de febrero de 1990 (BOCM 37; 13/02/90) - Orden de 20 de noviembre de 1990 (BOCM 281; 26/11/90) - Orden de 6 de noviembre de 1990 (BOCM 307; 21/01/91) - Resolución de 15 de abril de 1991 (BOCM 110; 10/05/91), etc.

⁷ Resolución de 17 de diciembre de 1986 (BOCM 1; 02/01/87) - Resolución del 17 de diciembre de 1987 (BOCM 307; 28/12/87) - Resolución de 21 de diciembre de 1988 (BOCM 310; 29/12/88), etc.

La prueba inicial de este interés es el Convenio de 1991 de colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales y la CAM para la realización de programas experimentales en materia de atención a la primera infancia⁸, del que se desprenden importantes trabajos en materia de legislación⁹ y valoración de necesidades¹⁰ de la infancia madrileña. Como prueba definitiva de este interés, en 1992 surge la creación de un organismo adscrito a esta Consejería dedicada exclusivamente a la atención de la infancia: *Instituto Madrileño de Atención a la Infancia*¹¹ (IMAIN). Este Instituto asume como poder público el mandato constitucional de la protección integral de la infancia. Sus orígenes se encuentran en el organismo de "Comisión de Tutela del Menor" adscrito a la misma Consejería; pero la necesidad de ampliar su enfoque en el tratamiento de la infancia, obliga a la creación de un nuevo organismo con miras y pretensiones mucho más amplias:

Sin perjuicio de que se siga desarrollando una política de protección social y jurídica a los menores desamparados, la perspectiva de una defensa integral de todos los menores de edad para el reconocimiento de sus derechos, como ciudadanos efectivos, y su posible ejercicio con plenitud, impone la obligación a los padres públicos de afrontar y definir nuevas líneas de política de atención a la infancia. Política que no podrá ir separada de una atención a las familias de esos menores de edad, como marco convencional básico de su vida cotidiana, así como una coordinación estrecha en las redes de servicios directamente dirigidos al bienestar y a la integración personal y social de los menores (sistema sanitario, educativo, etc.) Se plantea una reordenación de los recursos que actualmente se dedican a la atención de la infancia para su integración en un nuevo órgano que sea impulsor de estas nuevas orientaciones políticas Se pretende dar una respuesta adecuada a la nueva problemática que plantean las sociedades modernas, fundamentalmente el desarrollo integral de los menores, su adaptación a la sociedad y, en general, todo lo relativo a su bienestar personal (23-24, 1993)¹²

⁸Resolución de 28 de febrero de 1991 (BOE 78; 01/04/91)

⁹Consejería de Integración Social (1992) *La Atención a la Infancia en la CAM* (Repertorio Legislativo)

¹⁰Consejería de Integración Social (1990) *Necesidades de la Infancia en la CAM*

¹¹Decreto 37/92, de 22 de mayo (BOCM 02/06/92)

¹²Consejería de Integración Social (1993) *la Atención a la Infancia en la CAM* (Repertorio Legislativo) Actualización, 1992

El IMAIN, en la actualidad como Órgano de Gestión de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, está destinado a configurarse como Organismo Autónomo de carácter Administrativo conforme a lo previsto en la Ley 6/1995, de 28 de marzo y se apruebe su estructura orgánica y funcional¹³

Con su creación se inicia a finales de 1993, desde su Servicio de Medio Abierto, una labor de intercambio de información y coordinación entre las Entidades públicas y privadas implicadas en la Atención Temprana de la Comunidad para el establecimiento de criterios comunes de actuación, lo que podemos considerar como un importante impulso hacia la consolidación de la misma; impulso que no es ni el primero ni el último; anterior a la creación del IMAIN contamos con las siguientes iniciativas:

- En 1988, con el intento de homogeneizar conceptos y criterios de Intervención Temprana, se elaboran por parte de los interlocutores públicos y privados (INSERSO, CAM y FADEM) unas primeras propuestas sometidas a revisión.
- En 1990, nuevamente por los mismos interlocutores, se intenta elaborar un proyecto operativo de Atención Temprana, cuyo resultado fue borrador del documento de *Módulos de criterios de calidad de Centros de Atención Temprana*.

Pero uno de los pasos más importantes, por lo que representa en el reconocimiento definitivo de este campo de actuación, es la labor realizada desde 1994-1995 por el Servicio de Medio Abierto de IMAIN, FADEM y CENTRO BASE I desde donde se elabora un nuevo documento sobre *Módulos de calidad de Centros de Atención Temprana*, el que sale como borrador en Abril de 1996. En dicho documento se abordan aspectos concretos sobre la definición de un Centro de Atención Temprana, los objetivos, usuarios atendidos, medios y recursos, organización y funcionamiento del centro en su conjunto.

¹³De garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la CAM

- Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid (FADEM) -

La FADEM, como organismo regional representante de la FEAPS, a la que le dedicamos una exposición en el apartado de referencia nacional (Pág: 407), agrupa, como representante de este organismo, a las Entidades sin ánimo de lucro en favor de las personas con deficiencia mental que libremente deciden federarse, pero concretamente en la demarcación de la CAM. Se funda en 1978 por iniciativa de 5 asociaciones y cuenta en la actualidad con la mayor red de centros de Atención Especializada para deficientes mentales de Madrid, con una cobertura de 62 entidades, 15 de ellos ofrecen servicio específico de Atención Temprana con una oferta de 900 plazas.

Su objetivo fundamental consiste en ser un macrogrupo de presión ante los poderes públicos de Madrid e influir positivamente en la toma de decisiones, para lo que plantean estudios, planes y objetivos específicos en las grandes áreas del mundo de la deficiencia, entre ellas la prevención y la Atención Temprana; así como ser un interlocutor representativo del Movimiento Asociativo ante los poderes públicos con el fin de exponer necesidades del sector, ofrecer alternativas de solución de las necesidades y problemas del sector, negociar soluciones viables, colaborar con las Administraciones en la consecución de objetivos, reivindicar mejoras y soluciones en todas y cada una de estas grandes áreas del mundo de la deficiencia.

No todos los centros de Atención Temprana de la CAM de naturaleza privada están asociados a la FADEM, aunque sí la mayor parte. En los últimos años, algunos de los centros tradicionalmente asociados a este organismo se han organizado a través de pequeñas cooperativas, formando otras modalidades de asociación, entre la que cabe destacar la configurada en 1994 como "Federación Madrileña de Asociaciones

Prodeficientes Mentales" (FAMADEM), en la que queda englobada centros de Atención Temprana como son el de APANID de Getafe, el de Villaverde o el de Leganés.

Por último, sólo nos queda reseñar que todos los centros específicos de Atención Temprana con los que en la actualidad cuenta la CAM, con calidad de servicio de Acción Social, deben someterse a los requisitos recogidos en:

- La Ley 8/1900, reguladora de las actuaciones inspectoras y de control de los Centros y Servicios de Acción Social de la CAM
- La Orden 612/1990 de la Consejería de Integración Social
- Los módulos de calidad a los que hemos hecho referencia, en cuanto a la capacidad del centro, horarios y derechos y deberes de los usuarios, como requisitos específicos.

Esta red de centros, tanto de iniciativa pública como privada, avalados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, deben atenerse a los principios de *zonificación*, propios de la regulación que a partir de 1985 fueron sometidos los servicios de salud y sociales de nuestra Comunidad¹⁴.

B. Ámbito Educativo

- Consejería de Educación y Cultura -

La contribución específica de esta Consejería a la configuración y consolidación del sistema de Atención Temprana se encuentra en la labor emprendida durante los últimos 10 años en campo de la Educación Infantil, de forma especial en lo que se refiere a la etapa de 0-3 años.

¹⁴Decreto 77/1985, de 17 de julio (BOCM 182; 02/08/85) - Decreto 81/1990, de 13 de septiembre (BOCM 234; 02/10/90)

Desde los orígenes de la Consejería se inicia un proceso de apoyo público a la iniciativa educativa de 0-6 años, desarrollada hasta el momento en el área privada a través de las llamadas "Guarderías Infantiles". Este interés favorece por un lado, las posibilidades de acceso, debido al apoyo económico que representa, y por otro, la consecución de mayores niveles de calidad en la prestación del servicio, debido al mayor control ejercido por la administración. Como pruebas más representativas de esta nueva política educativa, tenemos:

- El traspaso en 1984 de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad de Madrid en materia de Guarderías Infantiles Laborales¹⁵.
- La puesta en marcha en 1985 de subvenciones a estas guarderías laborales prorrogables en años sucesivos¹⁶.
- La regulación de los convenios con ayuntamientos para la atención educativa a la población infantil de 0-5 años¹⁷.
- La puesta en marcha en 1987 de becas de escolaridad en guarderías o escuelas infantiles para el curso 1987/88, prorrogables en cursos sucesivos¹⁸.
- La puesta en marcha de la creación de una red de escuelas infantiles propias y adscritas a la propia CAM.

La aportación específica al campo de la Atención Temprana se inicia con la regulación de la integración como modalidad de la Educación Infantil, lo que da lugar a la creación de los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana de carácter multidisciplinar. Surgen así Equipos de apoyo a las escuelas infantiles de titularidad comunitaria. Una de las primeras regulaciones en el área de la integración la encontramos en 1985 con "la Planificación y ayudas para la integración de niños deficientes en Guarderías y Escuelas Infantiles de la CAM"¹⁹.

¹⁵ Real Decreto 537/1984, de 25 Enero (BOM 71; 23/03/84)

¹⁶ Orden de 3 de Julio (BOCM 163; 11/07/85)

¹⁷ Decreto 88/1986, de 11 de septiembre (BOCM 227; 24/09/86)

¹⁸ Orden de 22 de mayo (BOCM 127; 30/05/87)

¹⁹ Orden de 14 de mayo de 1985 (BOCM 120; 22/05/85)

Pero el mayor impulso de esta política educativa tiene lugar a partir de 1990 con la puesta en vigor de la LOGSE ²⁰. El tratamiento específico de esta etapa educativa en la Ley, en la que, como ya abordamos en el apartado nacional, se pone un especial énfasis en la prevención e integración de los niños con deficiencias o alteraciones en su desarrollo, sirve de base y argumento principal en el desarrollo y extensión de la política comunitaria llevada a cabo en nuestra Comunidad, concretamente desde el "Servicio de Educación Infantil" integrado en la Consejería. A partir de la misma, se inicia un nuevo proceso de regulación y extensión de la oferta de plazas escolares, prueba de ello es la orden de 1991 en la que se regula la "Admisión de niños en la Red Pública de Escuelas Infantiles de la CAM curso 1991/92, asignación de cuotas, horarios y calendario escolar"²¹

Todo ello, permite en 1995 hablar de una amplia Red de Servicios Educativos comunitarios, bien propios de la CAM, bien fruto de convenios de colaboración entre la CAM y los distintos municipios, o bien municipales, apoyadas y asesoradas por la CAM. En cifras hablamos de 166 Escuelas Infantiles y Casas de Niños, con una oferta de 14.461 plazas escolares, de las que 723 están destinadas a cubrir la modalidad de integración.

- 65 escuelas infantiles de titularidad comunitaria,
- 6 escuelas infantiles de titularidad compartida entre la comunidad y los distintos municipios por Convenio de Colaboración
- 41 escuelas infantiles de titularidad municipal, sometidas a la regulación comunitaria
- 54 casas de niños de titularidad municipal

Al mismo tiempo, y como servicio de la Educación Infantil, en 1995 podemos hablar de 20 Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana, encargados de apoyar y asesorar,

²⁰Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo

²¹Orden de 11 de marzo de 1991

cada uno de ellos, a un grupo de Escuelas y Casas de Niños bajo el principio de zonificación al que están sujetos estos servicios.

El contenido y la aportación específica de estos servicios al campo de la Atención Temprana quedan recogidos en el apartado nacional, en el que ya se ha hecho una referencia a la LOGSE y a las distintas disposiciones educativas a nivel estatal con incidencia en este campo; todas ellas son el actual marco de referencia de la actuación comunitaria.

C. Ámbito Sanitario

- Consejería de Salud y Servicios Sociales -

A expensas del traspaso de transferencias del INSALUD, la Consejería de Salud actualmente ejerce las competencias de Salud Pública, la función de Planificación, el diseño del Mapa Sanitario y el impulsor del Plan de Salud de la CAM²², así como las funciones de autorización, acreditación de centros y servicios y el mantenimiento del sistema de información adecuados. Cuenta con una serie de servicios de Atención Primaria y Especializada y ha desarrollado una importante red en Salud Mental. Pero es el INSALUD, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, el encargado de gestionar la mayor parte de la red asistencial pública: red de consultorios, centros de salud, hospitales y dispositivos de urgencia (111, 1994)²³.

La Consejería de Salud, dentro de sus competencias en el área de la *Salud Pública* en términos de Prevención y Promoción, elabora un conjunto de programas a desarrollar

²²Orden 516/1992, de 20 de julio, de creación y constitución de la Comisión Regional del Plan de Salud de la CAM

²³Consejería de Salud (1994) *Plan de Salud*. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Madrid

entre el periodo 1991-1995²⁴ que, de alguna manera, van a repercutir en el campo de la Atención Temprana, concretamente en el desarrollo de dos de las estrategias propuestas:

- Acciones de prevención en grupos estarios y de riesgo
- Acciones de prevención y control frente a patologías prevalentes y/o previsibles

Prueba de ello es su participación en la elaboración de un estudio propuesto por el INSALUD para la región de Madrid de cara a la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en el marco de la Atención Primaria²⁵, en el que se aborda la Estimulación Precoz como un destacado recurso de carácter preventivo y en el que el personal sanitario desempeña un papel importante (10, 1991). La divulgación de este trabajo representa el inicio de una campaña de promoción en busca de la sensibilización del personal sanitario dentro de este campo de actuación, basada en la información sobre las posibilidades que ofrece una detección y valoración temprana.

Los resultados obtenidos hasta el momento son lentos pero positivos si tenemos en cuenta la dificultad que representa implantar una nueva actividad hasta el momento poco reconocida entre los profesionales de la salud y la que, a su vez, carece de normativa o regulación concreta, ¿qué entiende en la actualidad un profesional sanitario por prevención y cuáles considera que son sus funciones concretas dentro de un proceso preventivo?

En la medida que comienza a extenderse las posibilidades que la prevención ofrece desde la concepción más amplia del término y la función que puede desempeñar el personal sanitario junto a los profesionales de otro campo de actuación, se pone en marcha en nuestra Comunidad un grupo de iniciativas, aunque todavía pequeñas y poco difundidas, dentro del ámbito de la Atención Primaria y concretamente entre los pediatras de los Centros de Salud, basadas en la incorporación de pequeñas escalas o pruebas de

²⁴Consejería de Salud *Estrategia de Salud Pública 1991-1995*. Dirección General de Prevención y Promoción. Madrid

²⁵Ministerio de Sanidad y Consumo (1991) *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención Primaria*. Dirección Provincial del Insalud. Madrid

valoración del desarrollo psicofísico del niño con el fin de detectar cualquier anomalía en el mismo. Muchas veces estas pruebas quedan en manos del personal de enfermería, pasando al Peditra sólo ante la detección de un déficit o alejamiento significativo de los parámetros normales por la enfermera; pero lo importante es su puesta en marcha, y aunque todavía no podemos hablar de una implantación generalizada a todos los servicios de pediatría de los centros de salud de la CAM, ni como estrategia incorporada y asumida en todas sus dimensiones por este campo profesional, sí es importante su inicial incorporación y manejo como mecanismo de sensibilización y acercamiento, en el que sólo el tiempo permitirá alcanzar los niveles deseados tanto en su difusión y extensión, como en la asunción de los pediatras de una función propia de su campo de actuación.

Pero quizás, dentro de nuestra Comunidad, haya sido el ámbito de la Atención Especializada el que mayor peso ha tenido en la contemplación de la Atención Temprana como alternativa de carácter preventivo frente a la deficiencia o el alto riesgo, comprendiendo o asimilando la función específica que, como personal sanitario, se puede desempeñar en este área de intervención, a lo que ha podido influir por su carácter específico en el tratamiento médico:

- La necesidad de comprender la evolución del sistema nervioso del niño desde su nacimiento, principalmente durante los primeros años y a partir de la influencia del medio sobre el mismo; así como la evolución funcional a partir de una lesión o alteración temprana en el sistema nervioso. *Servicio de Neurología Infantil.*
- La necesidad de conocer la evolución en el desarrollo de un niño prematuro o de bajo peso respecto a los niños de peso adecuado a su edad gestacional o nacidos a término: la influencia de las distintas condiciones socio-ambientales durante su permanencia hospitalaria, así como la respuesta a nivel funcional una vez incorporado a su medio natural como son el desarrollo de sus funciones superiores: lenguaje, pensamiento, memoria, destrezas motoras, etc. *Servicio de Neonatología.*

- La necesidad de conocer el mundo de la rehabilitación física durante los primeros años de la vida a partir de una lesión orgánica o un retraso psicomotor importante, cuáles son los patrones de desarrollo neuromotor anormales, cuáles sus posibilidades de rehabilitación a nivel funcional. *Servicio de Rehabilitación Infantil.*

Todo este interés queda reflejado en las grandes centros hospitalarios donde están incluidos estos servicios, normalmente los principales centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid. En el siguiente punto vamos a recoger las principales incitativas que, a través de estos servicios, han impulsado, en base a un acercamiento, la configuración del sistema de intervención Temprana desde el campo sanitario.

- Red Principal de Hospitales de la Comunidad -

a) "Hospital Universitario San Carlos"

Servicio de Neonatología: Desde este Servicio se inicia la puesta en marcha, a principios de los años 90, de un importante mecanismo sanitario de participación en el sistema de Atención Temprana comunitario, concretamente a través del programa denominado "Programa Inter-institucional de Control".

Este programa es fruto del intento, por parte de este Servicio, de mejorar la asistencia *perinatal*, en términos de calidad de vida de los pacientes asistidos, en la medida que la caída de las cifras de morbi-mortalidad y la mejora de las condiciones socio-económicas de la población obligan a un acercamiento hacia los criterios de calidad de vida.

Los hospitales necesitan conocer este nuevo indicador de la calidad del desarrollo biológico, psicológico y emocional de los niños que han nacido en ellos para en su caso adecuar su trabajo asistencial, docente e investigador a estos nuevos requerimientos Es evidente que la mayoría de los factores de riesgo de deficiencias se conocen durante la hospitalización de los niños en los servicios de neonatología. Nos referimos no sólo a los factores biológicos, sino también a los sociales y ambientales. Un servicio que se precie de una buena

organización debe conocer todos los factores de riesgo que se dan en los niños hospitalizados y actuar en consecuencia. Si a todo esto unimos la capacidad de las instituciones hospitalarias, en recursos y personal y su potencial capacidad de interactuar en el medio social, estimamos como incuestionable la participación de los mismos en los programas de control de PAR de deficiencias y/o deficientes, como así ha sido reconocido por sociedades y academias médicas. Por la naturaleza de los controles que afectan a otras ramas del conocimiento, la larga duración de los mismos, el respeto al "habitat del niño", la racionalización de los recursos y el peligro de medicalización, el hospital, según nuestro entender, debe participar como un miembro más de los servicios que contribuyen a estos programas. La única singularidad, aparte, claro está, de sus competencias, que debe ofertar, sería la exigencia de conocer, rigurosamente, la información de sus niños y consiguientemente llevar la gestación del programa de seguimiento.....Una vez que se haya determinado la deficiencia o se hayan presentado signos de alarma, se debe intervenir lo más precozmente posible tanto médica como funcionalmente, para recuperar al máximo de la capacidad del órgano afectado (Arizcun Pineda, 1990)²⁶

Dentro de este programa se aborda:

1. La población susceptible de control y el momento de inclusión de un caso al mismo
2. La evaluación del caso, incluyendo los parámetros familiares y sociales que envuelven al niño
3. La intervención temprana durante la estancia del niño en el hospital, a partir de la intervención familiar y la búsqueda de recursos externos para mantener la intervención una vez se de la salida hospitalaria.
4. El nivel y tipo de seguimiento a establecer una vez que el niño obtenga el alta de hospitalización. Seguimiento que se realizará hasta los 7 años.
5. El tipo de diagnóstico y valoración de deficiencias durante todo el periodo de seguimiento

²⁶ Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos

6. La colaboración con aquellas instituciones en las que se encuentre el niño durante todo el periodo de seguimiento

La línea de trabajo que ha mantenido este servicio hospitalario en el área de la Atención Temprana y que terminó configurando la base de este programa, ha cumplido una función muy importante en la consolidación de un tratamiento temprano de la deficiencia en nuestra comunidad, lo que viene dando como fruto durante los últimos años:

- Diversos y variados estudios, apoyados desde el hospital, en la rama de los efectos de una intervención temprana en población de alto riesgo de deficiencias, principalmente en población de nacimiento pretérmino y con bajo peso de nacimiento, entre los que cabe destacar los siguientes trabajos de investigación:
 - "Repercusiones del bajo peso en el nacimiento en el desarrollo a los 6 años de edad" (1989)²⁷
 - "Intervención Precoz en niños de alto riesgo biológico" (1991)²⁸
 - "La familia y su eficacia en los programas de intervención temprana con niños considerados de alto riesgo" (1995)²⁹
 - "La intervención psicopedagógica en niños/as con factores de alto riesgo biológico durante su desarrollo centrados en los estilos compartamentales de la familia: un estudio etnográfico en el ámbito hospitalario" (1996)³⁰
- Distintas líneas de participación como interlocutor social en defensa de la consolidación de este campo de actuación, principalmente a través de su Jefe de Servicio, Arizcun Pineda y la psicóloga del Servicio, Valle Trapero, entre las que cabe destacar:
 - En la promoción interdisciplinar, a partir de 1987, de la Atención Temprana en la CAM como miembro de un Equipo de Profesionales

²⁷Retortillo Franco (1989). Tesis Doctoral. Madrid: UCM

²⁸Valle Trapero, M. (1991). Tesis Doctoral. Madrid: UCM

²⁹Sáenz-Rico de Santiago, B. (1995). Tesis Doctoral. Madrid: UCM

³⁰Dangello Menéndez, E. (1996). Tesis Doctoral. Madrid: UCM

apoyados y financiados por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, del que se desprende la elaboración de la Guía de Centros de Atención Temprana de la CAM de 1990,

- En la organización desde 1990 de las sucesivas Reuniones Interdisciplinares sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias,
- En la elaboración del Documento de Módulos de Calidad en Centros de Atención Temprana como miembro del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Atención Temprana, cuyo borrador sale a la luz en abril de 1996.

b) "Hospital 12 de Octubre" _____

Servicio de Neonatología: Desde 1990, a partir del Plan de Atención Metrono-Infantil diseñado por la Consejería de Salud³¹, funciona un programa de seguimiento con el fin de mantener la atención a los niños que, una vez dados el alta hospitalaria, han estado ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Como objetivos de este programa se encuentran:

- El apoyo a la familia
- La identificación precoz de los problemas del desarrollo
- La recogida de datos

El seguimiento se plantea a través de un equipo multidisciplinario que comprenda una parte intrahospitalaria y otra extrahospitalaria: Pediatra y Equipo de Atención Temprana que corresponda (Pallás, 1991)³². Tiene como fruto la formalización de un *Protocolo de Seguimiento de los R.N. < 1500 gr.* (1990). Este protocolo se divulga por los distintos centros y equipos de Atención Temprana, con el fin que éstos, conscientes de la finalidad de dicho protocolo, colaboraran en la recogida y traspaso de información. Lo más

³¹Orden de 10 de febrero de 1986, por la que se crea la Comisión Regional de Planificación de la Atención Materno-Infantil (BOCM 45: 20/02/86)

³²Pallás (1991) *El niño que fue prematuro: XXI Curso - Programa de Actualización en Pediatría para Post. Graduados*. "Hospital 12 de Octubre". Facultad de Medicina de la U.Complutense (Departamento de Pediatría)

significativo de dicho Protocolo como modo de contacto con la Atención Temprana tenemos:

- A los 15 días después del alta del niño: Parte interconsulta a los Asistentes Sociales para que envíen al niño a un centro de estimulación precoz.
- A los 3 meses de edad corregida: Solicitar a los padres el parte interconsulta de los Asistentes Sociales y unirlo a la historia de seguimiento del niño
- A los 9 meses de edad corregida: Enviar al centro de estimulación precoz una carta solicitando un informe del niño (mediante la familia)
- A los 18 meses de edad corregida: Solicitar al centro de estimulación una valoración psicológica y un informe.

Por último, parece importante hacer una pequeña referencia al capítulo de Espallargués Terés y Rueda Fernández introducido en un curso de postgraduados sanitarios de este hospital (Pofesor Nogales)³³, dedicado exclusivamente a la Atención Temprana: *La Atención Temprana. Aspectos Preventivos y Terapéuticos*. Un paso muy importante en la sensibilización en esta materia a partir de la formación, como es el caso de un Departamento de Pediatría.

c) "Hospital Santa Cristina"

Unidad de Atención Temprana: Este hospital inicia su andadura en el campo de la Intervención Temprana en 1976, concretamente en el Servicio de Maternidad, a partir de la investigación sobre estimulación precoz en incubadoras con niños de bajo peso (Villa, García de Miguel, 1976). Actualmente es el único hospital de la CAM que cuenta con un servicio específico y denominado como tal en este terreno, concretamente con la "Unidad de Atención Temprana", coordinada por la psicóloga M^a Teresa de Miguel.

³³ Espallargués Terés y Rueda Fernández (1991) *El niño que fue prematuro/ XXI Curso - Programa de Actualización en Pediatría para Post. Graduados*. "Hospital 12 de Octubre". Facultad de Medicina de la U.Complutense (Departamento de Pediatría)

d) "Hospital del Niño Jesús"

Servicio de Rehabilitación Infantil: La labor desarrollada en este Servicio no deja de ser una actividad propia de la Intervención Temprana en la medida que actúa sobre el desarrollo psicomotor a partir de la detección de una alteración en esta área durante los primeros momentos de la vida del niño, por tanto, a partir de su carácter específico en el terreno de la rehabilitación física contribuye a un objetivo mucho más amplio, el de la prevención en términos de discapacidad o minusvalía. Su contribución a este campo es importante.

e) "Hospital de Móstoles"

Desde principios de los años 90, concretamente a partir de la propuesta del "Protocolo de Seguimiento" del Hospital¹² de Oubre al que hemos hecho referencia, desde este hospital se establece, como iniciativa predominantemente del Doctor Torres Mohedas del Servicio de Neuropediatría de dicho hospital, un mecanismo de derivación con los centros de Atención Temprana de la zona a través de el diseño de una "hoja de derivación" , cuyo contenido principal es:

- I. Datos de Identificación: datos personales y datos sobre el centro y profesional que deriva
- II. Anamnesis o historia
- III. Estado actual del caso (Datos sobre las exploraciones y evaluaciones más recientes)
- III. Síntesis diagnóstica
- III. Orientaciones

Cuya tramitación, en última instancia, queda en manos del Servicio de Trabajo Social del Hospital, desde donde se adjunta, además, un informe social del caso.

El hecho de proponer únicamente estos servicios u hospitales como representativos de un cometido específico en el terreno de la Atención Temprana, no quiere decir que:

- no existan otros hospitales donde se den programas de seguimiento y control en sus servicios de Neonatología, normalmente todas las policlínicas deben contar con ellos.
- no existan otros hospitales o servicios que no tengan un contacto o una tarea específica con el mundo de la Atención Temprana.

Sino, simplemente se han señalado aquellos que, bien por su participación directa en el cometido de la consolidación de la Atención Temprana como sistema, concretamente en actos de divulgación o creación de un trabajo específico en este terreno, como puede ser una investigación concreta, la creación de un protocolo específico o una "hoja de derivación", o bien por su labor en este campo a través de un servicio específico, como puede ser el de rehabilitación infantil o el de la unidad de atención temprana, merece la pena señalar como los más destacados.

En definitiva, ha quedado reflejado, que es de lo que se trataba, que actualmente en la CAM existe un marco de actuación concreto en el terreno de la Atención Temprana desde el ámbito sanitario. Otra cosa sería el preguntarnos si es el suficiente o si es el más adecuado, pero lo más importante es que son la prueba más representativa de esta actividad, pudiendo no ser la única, pero sí la más significativa.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, confirmamos la configuración, dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, de un sistema concreto de Atención Temprana.

Encontramos una serie de iniciativas, tanto en el campo social, con la consolidación pública de unos centros específicos para tal fin, como en el educativo, donde tiene lugar el desarrollo de una Educación Infantil a partir de los principios de integración y, por

tanto, con un carácter preventivo de fuerte incidencia en la Atención Temprana, como en el sanitario, desde donde, principalmente a través de los servicios de neonatología, se aborda la Atención Temprana como una posible medida de actuación ante un nuevo criterio de la intervención sanitaria, el de la "calidad de vida" del paciente (Gráfica 32)

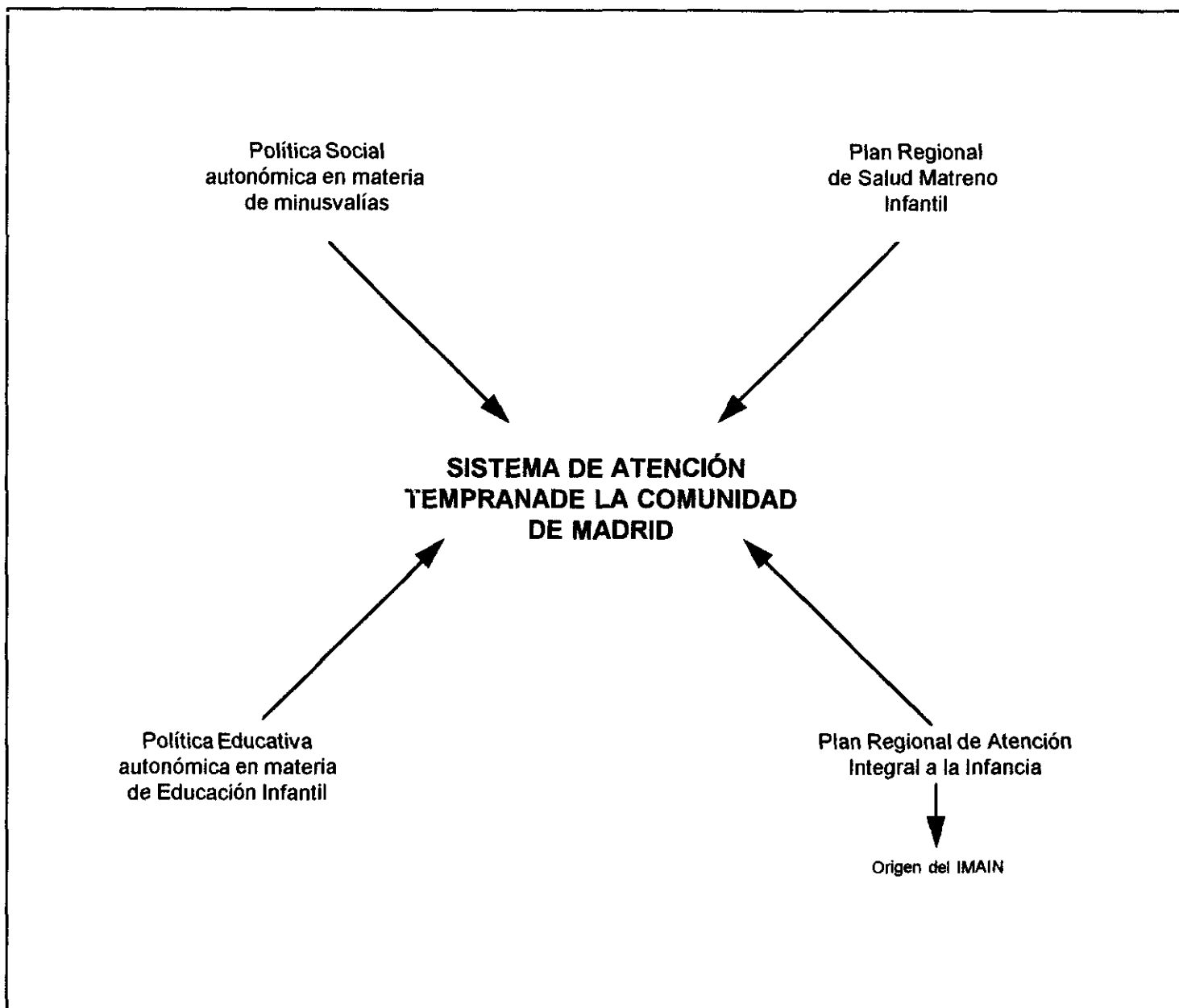
4.2 PRINCIPALES INICIATIVAS COMUNITARIAS EN MATERIA DE INTERINSTITUCIONALIDAD EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

SUPUESTO 2.3.2: Este marco comunitario da respuesta a la necesidad teórica de llevar a cabo una actuación interdisciplinar a través de una propuesta de naturaleza interinstitucional.

Es evidente, tal y como sintetizamos en el apartado anterior, concretamente el punto correspondiente a las incitativas nacionales que avalan una actuación interdisciplinar, que la configuración del sistema de Atención Temprana dentro de nuestra Comunidad surge a partir de un grupo de iniciativas de diferente índole institucional, por tanto, una vez más, nos vemos forzados a destacar la obligada naturaleza interdisciplinar de dicho marco de actuación. Para ello, vamos a realizar una breve exposición de aquellas propuestas comunitarias más significativas y, que de alguna manera, sirven de aval y confirmación de nuestro supuesto.

No es difícil encontrar, por parte de cada uno de los organismos comunitarios de la Atención Temprana una alusión a su naturaleza interdisciplinar y a la necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre las distintas instituciones implicadas, así como actuaciones en consecuencia.

PRINCIPALES LINEAS DE ACTUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN COMUNITARIA QUE DAN PASO A LA CONFIGURACIÓN DEL ACTUAL SISTEMA DE A.T.



A. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia

El IMAIN es uno de los principales organismos dedicado a la unificación de criterios de actuación en el mundo de la infancia a partir de una coordinación interinstitucional, repercutiendo en cualquier actividad emprendida en el terreno de la Atención Temprana.

.....Se plantea, ya de inmediato, una reordenación de los recursos que actualmente se dedican a la atención a la infancia para su integración en un nuevo órgano que sea impulsor de estas nuevas orientaciones políticas y pueda reorganizar las prestaciones que actualmente se ofrecen como apoyo a la infancia y a su familia, en nuestra Comunidad, así como garantizar los contactos y la coordinación con otros ámbitos administrativos que desarrollen políticas sectoriales con incidencia en el sector de población infantil como único camino para la puesta en marcha de políticas integrales en esta materia (IMAIN, 1992)³⁴

Prueba de este nuevo enfoque integral de atención a la infancia cabe destacar:

- La organización del "*Curso Intensivo de Atención Interdisciplinar a la Infancia*" en 1995³⁵. Donde merece una mención los siguientes contenidos: dimensiones de una actuación integral, concepto de salud en la infancia y promoción y prevención de la salud infantil.
- La configuración de un grupo de trabajo interinstitucional en la elaboración de los módulos de calidad en Centros de Atención Temprana, en los que queda incluidas las principales instituciones a través de sus distintos representantes en el área:

Social → Consejería de Integración Social a través del IMAIN, Servicio de Medio Abierto y FADEM, Área de Atención Temprana.

Educativa → Consejería de Educación, Servicio de Educación Infantil

Sanitaria → Consejería de Salud y Hospital Universitario de San Carlos, Servicio de Neonatología.

³⁴Decreto 37/92, de 22 de mayo por el que se crea el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia (BOCM 02/06/92)

³⁵Curso de 60 horas durante el periodo del 9 de mayo al 27 de junio de 1995, con participación de las Universidades Complutense, Carlos III y la Autónoma de Madrid

Independientemente de las actividades que, a modo individual, cada uno de los organismos aludidos han desempeñado en este área, como seguidamente vamos a comprobar, cabe destacar el significado que, de entrada, tiene la participación en un grupo de trabajo interinstitucional.

B. FADEM

Una de las prueba del interés de este organismo durante los últimos años en el acercamiento de sus centros asociados, concretamente en los que existe un Servicio o Unidad de Atención Temprana, a otras instituciones, es el estudio que en la actualidad se está elaborando sobre la relación existente entre estos centros y los servicios de pediatría, tanto a nivel hospitalario como a nivel de Atención Primaria, como uno de los aspectos más importantes en el tratamiento emprendido en estos centros. En él se trata de recoger aquellos datos más significativos en cuanto a la derivación del niño al centro, el seguimiento pediátrico que mantienen estos niños, así como la solicitud de los pediatras de información sobre lo acontecido en el centro de Atención Temprana, tanto a nivel de tratamiento como de evolución, o la relación directa que éstos establecen entre sí.

C. Servicios sanitarios comunitarios

La elaboración de programas de seguimiento por parte de los servicios de Neonatología de los Hospitales "12 de Octubre" y el "Universitario San Carlos" son algo más que la evidencia de su implicación en el sistema de Atención Temprana de nuestra Comunidad, son prueba de la necesidad de establecer mecanismos concretos de actuación interinstitucional, bien a través de un intercambio de información que permita dicho seguimiento, como es el caso del "Hospital 12 de Octubre" o el "Hospital Clínico", bien a

través de la regulación de una derivación, como es el caso de los dos hospitales citados y el caso del "Hospital de Móstoles".

Para que los resultados sean satisfactorios, el seguimiento se debe de realizar por un equipo multidisciplinario que comprenda una parte intrahospitalaria y otra extrahospitalaria representada por su Pediatra de cabecera y el Equipo de Atención Temprana que le corresponda, todos estos profesionales deben estar en comunicación y seguir protocolos similares para que la actuación del conjunto sea coherente y proporcione seguridad al niño. Actualmente en el Hospital 12 de Octubre seguimos un protocolo intrahospitalario, estableciendo relación con los Centros de Atención Temprana para intercambiar información y ofrecer terapéuticas coordinadas (Dra. Pallás, 1991)³⁶

Los programas de seguimiento exigen la participación de un equipo multiprofesional tanto hospitalarios como extrahospitalarios. Asimismo, la colaboración con diferentes instituciones: servicios de salud, sociales, escolares, etc., por lo que una condición esencial de cualquier programa de seguimiento es la coordinación La información y flujo de la misma adquiere un papel esencial en el establecimiento y desarrollo de un programa de control e intervención inter-institucional. La participación coordinada exige, dentro de lo posible, un lenguaje compartidorecursos administrativos y materiales y un sistema informatizado que facilite el control diario de pacientes. (Dr. Arizcun Pineda, J.)³⁷

D. Servicios educativos comunitarios

Los Servicios Educativos, tanto los centros de Educación Infantil como de forma especial, los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana, han iniciado durante los últimos años un importante esfuerzo en el acercamiento a los centros específicos donde se lleva a cabo una intervención temprana con los niños que ocupan plaza escolar,

³⁶ Pallás (1991). En. *El niño que fue prematuro/ XXI Curso - Programa de Actualización en Pediatría para Post. Graduados*. "Hospital 12 de Octubre". Profesor Ángel Nogales. Facultad de Medicina de la U. Complutense (Departamento de Pediatría)

³⁷ Arizcun Pineda, J. (1992) *Programa inter-institucional de control prospectivo para el diagnóstico e intervención precoz de las deficiencias de origen perinatal*. Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

normalmente bajo la modalidad de integración educativa. Esta nueva política es fruto de las necesidades que van surgiendo en el proceso de integración de los niños con n.e.e:

- "Recepción de propuestas de derivación" de niños susceptibles de ocupar plaza de integración en las escuelas, con el fin de beneficiarse de las posibilidades de normalización que ofrecen los servicios comunitarios aptos para cubrir sus necesidades específicas, como es el caso de la educación infantil.

Estas derivaciones que normalmente provienen de los Servicios Sociales: Centros Base de valoración o Centros Específicos de Intervención Temprana, suponen, de entrada, la necesidad de establecer un mecanismo de comunicación, el que a su vez permitirá "tramitar derivaciones" de casos, que así lo requieran, desde la escuela a estos centros específicos.

- "Recepción de información" sobre el tratamiento específico que recibe el niño en estos centros así como sus niveles de respuesta al mismo. Permitiendo, además de un mayor conocimiento de las necesidades especiales del niño, una complementariedad y coherencia entre ambos tratamientos en la medida que permite el intercambio de información.

Como ejemplo de esta nueva política emprendida en el ámbito de la Educación Infantil, entre otros, tenemos la destacada labor desempeñada por el Equipo de Atención Temprana de Móstoles-Alcorcón (Zona Sur), desde donde se vienen diseñando durante los últimos años periódicas reuniones de coordinación con los centros de Atención Temprana de la zona, un calendario de curso que permite la visita de los profesionales de estos centros a las escuelas y la comunicación con los profesionales que directamente trabajan con los niños tratados y un mecanismo de comunicación constante para aquellos casos que así lo requieran, tanto a nivel de intercambio de información como a nivel de derivaciones.

E. Módulos de Calidad del Centro de Atención Temprana

En estos Módulos, a los que hemos hecho referencia como un documento que sale en Abril de 1996 con carácter de *borrador*³⁸, se hace una alusión directa a la necesidad que tienen los mismos de establecer mecanismos concretos de coordinación interinstitucional, concretamente con el ámbito educativo y sanitario. Ello queda reflejado en el punto 4.3.4³⁹, destinado a los "Procedimientos de Actuación":

- B) *Desarrollo de la Atención como Proceso Secuencial* "La secuencia de la acción terapéutica será: Estudio de la Problemática, donde se facilitará la adecuada coordinación con los centros y/o servicios de donde proceda o que en ese momento atiendan al niño. Plan de Actuación, en donde la determinación de objetivos se facilitará la coordinación con los equipos psicopedagógicos, para los niños escolarizados, consensuando aspectos relevantes en función de los distintos ámbitos de intervención"
- C) *Actuación Globalizada* "El principio de actuación globalizada requiere el desarrollo de un programa de atención individual que se aplica en la intervención terapéutica del propio Centro y en las intervenciones que éste pudiera realizar orientadas a distintos ámbitos". Entre el tipo de intervenciones propuestas se encuentra la intervención en el ámbito educativo y la intervención en el ámbito de la salud.

Intervención en el ámbito educativo:

- Recepción de los niños escolarizados derivados por los equipos de Atención Temprana y psicopedagógicos.
- Derivación de los niños que lo requieran a esos equipos.
- Realización de reuniones de información o revisión de casos comunes.
- Propuesta de programas individuales de apoyo.

³⁸ Pendiente de ser presentado para su aprobación por el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Atención Temprana

³⁹ Punto que incluido en el punto 4.3, dedicado a la Metodología del centro, el que, a su vez, está incluido en el apartado 4, Medios y Recursos con los que debe disponer el Centro de Atención Temprana.

- Comunicación periódica con las personas que realizan la atención directa de los niños en las escuelas.

Intervención en el ámbito de la salud:

- Derivación de los niños que lo necesiten a los servicios de salud que corresponda
- Comunicación periódica con los profesionales que realizan la atención directa en centros de salud u hospitales
- Intercambio de información o revisión de casos comunes a través de reuniones o entrevistas

Por último, sólo cabe destacar que la infraestructura Comunitaria, creada a partir de la *zonificación* de los servicios sanitarios, educativos y sociales, a la vez que posibilita la unificación de recursos de zona, facilita notablemente cualquier medida de coordinación entre ellos.

4.3 CONCLUSIÓN

Podemos concluir confirmando la existencia de un grupo de iniciativas y propuestas desde los distintos ámbitos institucionales comunitarios en las que queda reflejado el interés y necesidad por el establecimiento de unos mecanismos de coordinación interinstitucional, pero otra cosa muy distinta sería comprobar cuál está siendo el efecto o impacto de estas líneas de actuación.

- Por un lado tenemos un grupo de propuestas generales sin una concreción y delimitación de su puesta en marcha en todos y cada uno de los servicios propuestos.
- Y por otro lado, tenemos un grupo de iniciativas y puntuales que, aunque cuentan con una concreción en esta materia a través de determinadas actividades , no cuentan con la extensión y generalización a todos y cada uno de los servicios

implicados. Ante la que también podríamos preguntarnos cuál está siendo el impacto o resultados entre los profesionales que han quedado sujetos a dichas iniciativas a la hora de llevarlas a cabo a través de su actividad profesional.

Aunque lo más importante, que no es otra cosa que el objetivo que en este apartado perseguimos, es que queda demostrado nuestro supuesto, el de la necesidad de coordinación interinstitucional en la medida que es aceptado y promulgado desde los distintos ámbitos implicados.

5. CONCLUSIÓN/ VERIFICACIÓN DEL SUPUESTO (2)

Como punto y final a esta segunda parte de la verificación del supuesto teórico-práctico, sólo nos queda concluir con la confirmación de este segundo supuesto.

En este supuesto queda implícito un elemento teórico abordado durante la primera parte de este estudio, la interdisciplinariedad en el origen y desarrollo de la Intervención Temprana. La Intervención Temprana se constituye como un campo de estudio específico de naturaleza interdisciplinar, convirtiéndose en una herramienta elemental en la prevención de la deficiencia y los efectos de la misma.

Sinteticemos el proceso que, tanto a nivel internacional como nacional o comunitario, ha permitido la confirmación del presente supuesto:

1. Por una lado, surge la necesidad práctica en materia de tratamiento de la deficiencia, tanto en política internacional como nacional o comunitaria, de abordar y poner en marcha un plan de prevención de la deficiencia y los efectos de la misma.
2. La Intervención Temprana se comienza a contemplar como una de las herramientas más útiles en esta tarea. El apoyo, constitución y desarrollo de un Sistema concreto de Atención Temprana comienza a formar parte de los objetivos de toda política emprendida en el tratamiento a la deficiencia como principal elemento de la prevención.
3. Por otro lado, el nuevo enfoque o directrices generales propuestas en materia de tratamiento de la deficiencia dentro de una línea de *normalización e integración*, obliga a mantener políticas basadas en una descentralización de los servicios específicos destinados a la población con deficiencia. La persona con deficiencia pasa a recibir un tratamiento lo más normalizado posible, y durante el mayor periodo de tiempo, dentro de la oferta pública ordinaria destinada al resto de población.
4. Esta nuevo enfoque en el tratamiento a la deficiencia, asumido internacional, nacionalmente y, lógicamente, comunitariamente, obliga a montar un sistema de Atención Temprana sobre una base multi-institucional a partir de una descentralización de servicios.
5. Esta multi-institucionalidad exige un importante esfuerzo de todas las entidades en materia de interrelación. Todas ellas sirven a un objetivo común dentro de un sistema de Atención Temprana, por tanto, asegurar determinados niveles de calidad en el mismo, implica, entre otras cosas, llevar a cabo una actuación global, unificada e integradora, lo que significa, una actividad basada en la interinstitucionalidad.
6. Llevar a cabo esta actividad de carácter interinstitucional obliga a plantear un sistema de coordinación, donde el diseño y puesta en marcha de los mecanismos de coordinación

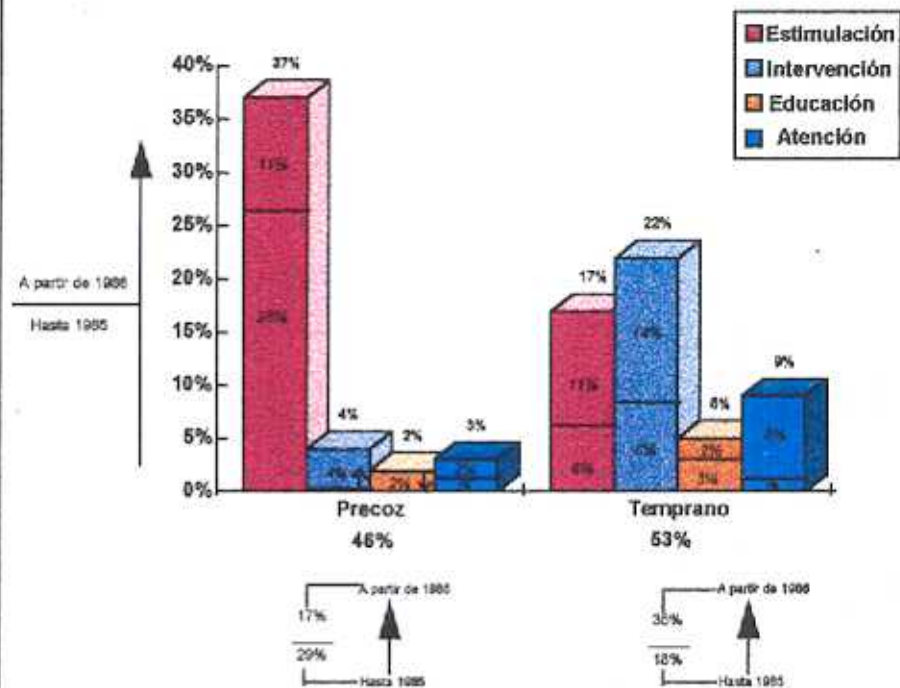
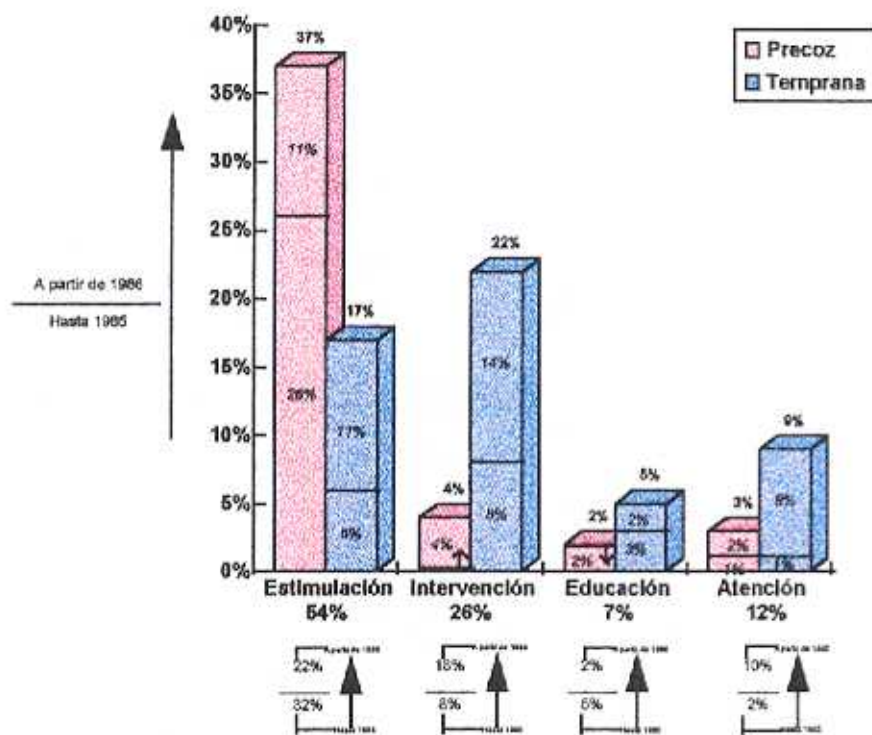
más efectivos se convierte en el eje de dicho sistema. Este sistema de coordinación va a condicionar notablemente la calidad de las prestaciones del sistema de Atención Temprana, la que no sólo es medida en términos de prestación de todos y cada uno de los servicios necesarios para cubrir las necesidades de la población atendida, sino en términos de globalidad, unificación y coherencia del conjunto de los mismos.

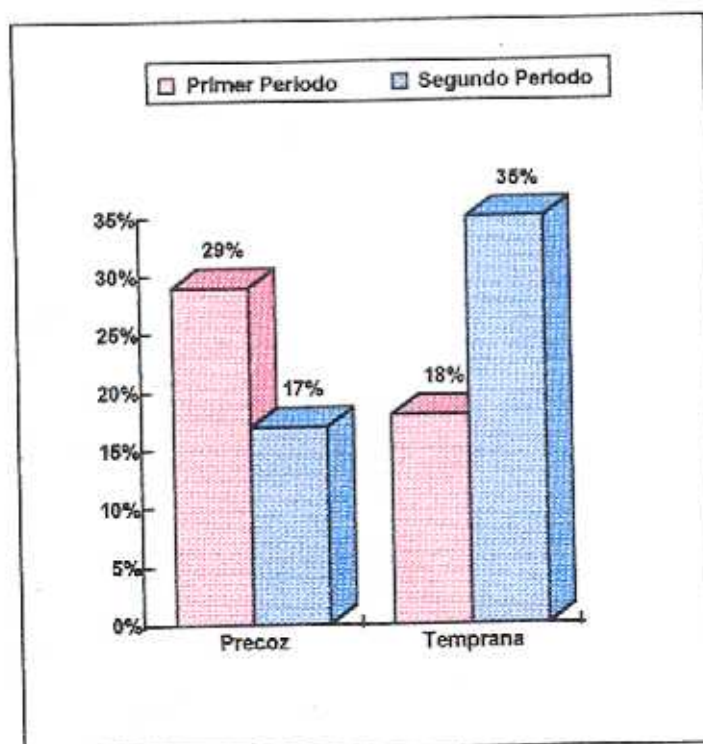
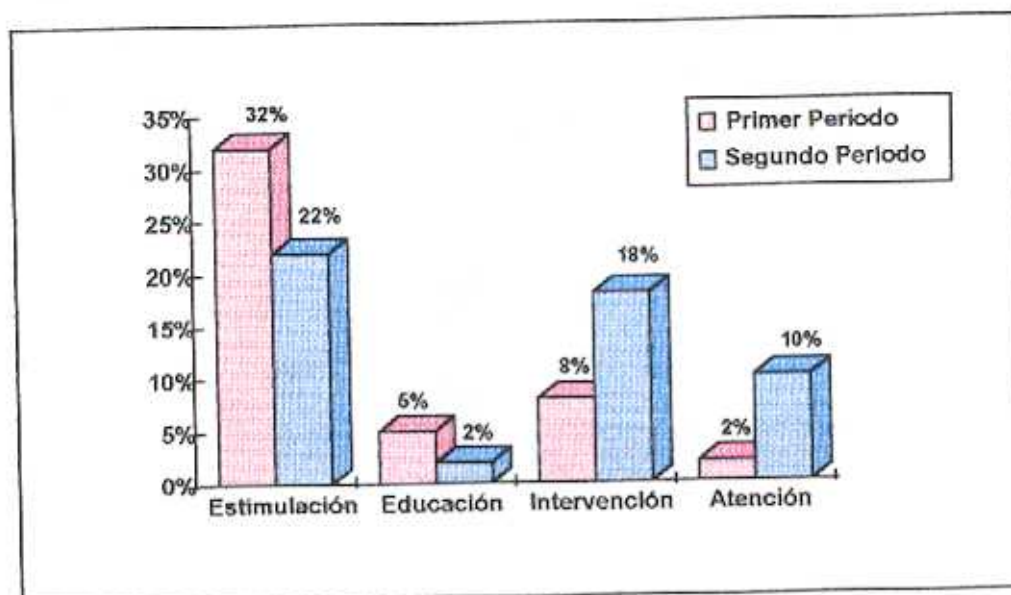
Finalmente llegamos a la verificación del supuesto teórico-práctico general del que partimos en la presente investigación. Una vez confirmada la base científica de la Atención Temprana, sus posibilidades dentro de una política de prevención de la deficiencia y de sus efectos a nivel de administración pública, su naturaleza interdisciplinar e interinstitucional como campo de actuación, así como la necesidad de establecer una coordinación entre los distintos servicios propios de cada una de estas instituciones de cara a ofrecer un servicio unificado, coherente y de calidad, cabe preguntarnos: ¿cuál está siendo la labor realizada en el campo de la coordinación interinstitucional?, ¿existe una participación de todos y cada uno de los servicios implicados en esta labor?, ¿realmente, existen unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional en el área de la Atención Temprana?. Centrándonos en nuestro campo específico de estudio, la Comunidad Autónoma de Madrid, llegamos al planteamiento del propio problema de investigación, que no es otro que el objeto de nuestro estudio:

¿Existe en la actualidad en la CAM, en el ámbito de la Atención Temprana, la puesta en marcha y desarrollo de unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional que alcancen los deseados niveles de coordinación entre todas y cada una de las instituciones implicadas en el proceso de intervención sanitaria y psicopedagógica en la tarea de detección, diagnóstico e intervención con población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, de cara a la consecución de una intervención coherente e interdisciplinar propia de este marco de actuación?, ¿Se pueden considerar, las actuales iniciativas emprendidas en materia de coordinación interinstitucional como unos mecanismos lo suficientemente sólidos?.

ANEXO 1

Gráficas de Distribución de Datos del Análisis Terminológico y Conceptual de la AT





ANEXO 2

Tablas de Porcebtajes y Muestra del Análisis Terminológico y Conceptual de la AT

Tabla I

	Estimulación	Educación	Intervención	Atención	TOTAL
Precoz	37%	2%	4%	3%	46%
Temprano	17%	5%	22%	9%	53%
TOTAL	54%	7%	26%	12%	100%

Tabla II (Período comprendido desde los orígenes hasta 1985)

	Estimulación	Educación	Intervención	Atención	TOTAL
Precoz	26%	2%	0%	1%	29%
Temprano	6%	3%	8%	1%	18%
TOTAL	32%	5%	8%	2%	47%

Tabla III (Período comprendido desde 1986 hasta hoy)

	Estimulación	Educación	Intervención	Atención	TOTAL
Precoz	11%	0%	4%	2%	17%
Temprano	11%	2%	14%	8%	35%
TOTAL	22%	2%	18%	10%	52%

MUESTRA

ESTIMULACIÓN

Temprana

- Frohlich. 1982
- Loewe. 1982
- Frohlich. 1982
- Moya Palacios. 1984

Precoz

- Mora. 1975
- Gozález Más. 1977
- Weiss. 1978
- Onega. 1979

- Alonso, 1984
- García Etchegoyen de Lorenzo, 1984
- Candel, 1986
- Pelegrin, 1986
- Gerhard Heese, 1986
- Matas, 1988
- Sanz, 1989
- Sánchez Asín, 1990
- Luengo Latorre, 1993
- Hurtado Murillo, 1993
- Simposio Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana, 1987
- Encuentro Nacional de Profesionales de la Estimulación Temprana, 1991
- Cunninham, 1980
- Gine, 1981
- Cerrato, 1982
- Conde Torrijo, 1982
- Pérez Ballester, 1982
- Cabrera, 1982
- Villa Elizaga, 1982
- Sánchez Palacios, 1982
- Mendiguchia, 1982
- Carrobe, 1983
- Fernández Muñoz, 1983
- González Más, 1983
- Sansalvador, 1983
- Arnal, 1983
- Rodríguez Sacristán, 1984
- Narbona García, 1984
- Párraga Pérez, 1984
- Brinkworth, 1985
- Roldán Álvarez, 1986
- Coromines, 1986
- Garrido, 1987
- Sánchez García, 1988
- Salvador, 1989
- Sanz Aparicio, 1991
- Pérez, 1993
- Villanueva, 1994

- La Estimulación Precoz en el INSERSO, 1982/
Servicio de Minusválidos Psíquicos
- Estimulación Precoz/ I Jornadas Internacionales,
Madrid, 1983
- Prevención de la Deficiencia Mental y
Estimulación Precoz, Jornadas Internacionales,
Madrid, 1984
- Guía de Estimulación para niños ciegos, 1988
- Jornadas de Estudio sobre Estimulación Precoz de
los niños con deficiencia mental, 1990

INTERVENCIÓN

Temprana

- Hanson, 1980
- Anastasiow, 1981
- Bell, 1983
- Gosselin, 1983
- Bailey, 1984
- Allen, 1984
- Affleck, 1984
- Hickman, 1986
- Morroni, 1986
- Moya 1987
- Meisels, 1988
- Guralnick, 1989
- Bennett, 1989
- Bricker, 1989

Precoz

- Brazelton, 1986
- García, 1988
- Valle Trapero, 1991
- Arízcan, 1992

- Fowler, 1990
- Rounds, 1991
- Opp, 1993
- Thurmair, 1993
- Gútiez Cuevas, 1993
- Dierssen, 1994
- McConkey, 1994
- Algunas Consideraciones sobre Intervención Temprana, 1981/ Equipo del Centro de Desarrollo Infantil N°8, Mérida

EDUCACIÓN

Temprana

- Duff, 1980
- Baruth, 1980
- Evans, 1987
- Bricker, 1991
- Educación Temprana, 1975/ Patronato San Miguel, San Sebastian

Precoz

- Morgan, 1978
- Kayser, 1985

ATENCIÓN

Temprana

- Buceta Cancela, 1986
- Coll Porta, 1988
- Vidal Lucena, 1990
- Candel Gil, 1993

Precoz

- Escudero Pérez, 1982
- García, J.M., 1987
- Arízcun Pineda, 1991

- Atención Temprana a los deficientes mentales profundos y sus familias, 1979/ Centro de Estudios y de Asistencia para Deficientes Mentales Profundos
- Monografía sobre Atención Temprana/ Revista Minusval, 1987
- La Atención Temprana: Perspectivas de asistencia a la Primera Infancia, 1988 (equipo de A.T. de Mataró)
- Guía de centros de A.T. de la Comunidad de Madrid, 1990
- Guía Regional de Atención Temprana de Murcia, 1994

- Adubato, S.; Adams, M. & Budd, K.** (1981) "Teaching a Parents to Train a Spouse in Child Management echniques". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 193-205
- Agencia Española de Cooperación Internacional** (1993) la cooperación española y la infancia. *Revista Infancia y Sociedad*, 19, 3-16
- Ajuriaguerra, J.** (1991) *Manual de psiquiatría infantil*; Toray-Masson: Barcelona
- Alonso Seco, J.M.** (1991) Prevención de deficiencias en la infancia: el marco legal. *Revista Infancia y Sociedad*, 11, 95-114
- Alonso Seco, J.M.** (1992) *Curso sobre prevención de deficiencias: La prevención de deficiencias en España*. Documento 33/92. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Deficiencia: Madrid
- Anderson, J.** (1963) Personality organization in children. En: DENNIS (dir.), *Studies in individual differences*. Appeton-Century-Crofts: Nueva Yorck
- André-Thomas; Chesni, Y. y Saint-Anne Dargassies, S.** (1960) The neurological examination of the infant; *Little Club Clinics in Develomental Medicine*; 1
- André-Thomas y Saint-Anne Dargassies, S.** (1952) *Estudes neurologiques sur le nouveauné et le jeune nourrison*; Masson y Cie: París
- Arizcun Pineda, J.** (1991) Prevención perinatal y atención precoz. *Revista Infancia y Sociedad*, 11, 47-58
- Asociación Social para la Infancia (ASI)** (1984). *Semana sobre los derechos del niño*, 6-11 Junio/83. SÁEZ:Madrid.
- Aznar López, Azúa Berra, Niño Ruez** (1982) *Integración Social de los minusválidos*. INSERSO: Madrid
- Bagnato, S. y Neisworth, J.T.** (1990) *SPECS. System to early childhood services*, Circle Pinnes. Mi., AGS.
- Baker, B., Heifetz, L. & Murphy, D.** (1980) "Behavioral Training for Parents of Mentally Retarded Children": en yeras folow-up. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 31-38
- Bautista , R.** (1991) *Necesidades educativas especiales: Manual teórico práctico*; Aljibe: Málaga
- Bayley, D.B. y Wolery, M.** (1989) *Assesing infants and preschoolers with handicaps*; Merril Publishing Company: Londres

- Beltrán y Cols.** (1987) *Psicología de la educación*; EUEMA: Madrid
- Berea-Hargen** (1992) *Análisis de la demanda de servicios para la 1ª infancia*. INSERSO: Madrid
- Berea Rodríguez, R.** (1990) Demanda de servicios de atención a la primera infancia. *Revista Infancia y Sociedad*, 1, 53-62
- Bingler, A.** (1989) Pour une action medico-sociale precoce. *Readaptation*, 358, 4-6
- Böbath, K.** (1955) Tonic reflexes and righting reflexes in the diagnosis and assessment of cerebral palsy; *Cerebr. Palsy Bull*, 16, Nr. 5
- Böbath, K. y Köng, U.** (1986) *Trastornos cerebromotores en el niño*; Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires
- Bower, T.** (1983) *El desarrollo del niño pequeño*. Debate: Madrid
- Brazelton, T.B.** (1973) *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, J.B. Lippincot, Co: Philadelphia
- Brazelton, T.B.** (1986) ¿Por qué la intervención precoz?; *Siglo Cero*, 108, 36-31
- Bricker, D.** (1991) *Educación Temprana de niños en riesgo y disminuidos: de la primera infancia a preescolar*. Trillas: México.
- Bronfenbrenner, U.** (1977) "Toward an experimental ecology of human development" *American Psychologist*, 1977, 32: 513-531
- Bronfenbrenner, U.** (1987) *La ecología del desarrollo humano*; Paidós: Barcelona
- Bromwich, R. & Parmelee, A.** (1979) "An Intervention Program for pre-term Infants" En Field, T.; Sostek, S.; Goldberg, & Shuman, H. (Eds.), *Infants Born at Risk*. Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Brunet, O. y Lezine, I.** (1985) *El desarrollo psicológico de la primera infancia: Manual para el seguimiento del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años*; Visor: Madrid
- Bryant, D. y Ramey, C.** (1989) *Análisis de la eficacia de los programas de intervención precoz en niños en situación de riesgo a causa de su entorno*. En GURALINCK y BENNETT (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO: Madrid
- Buceta Cancela, M.J.** (1991) *Manual teórico-práctico de atención temprana*. Universidad de Santiago de Compostela
- Bühler, Ch.** (1969) *Psicología práctica*; Miracle: Barcelona
- Burgaleta, R.** (1989) "Prólogo"; En: MARRRERO y Cols. *Inteligencia Humana: Más allá de lo que miden los tests*; Labor: Barcelona

- Bustamante, A.** (1978) La psicología evolutiva en la escuela soviética; *Infancia y Aprendizaje*; 4, 5-11
- Calzada y Gutiérrez (Edi)** (1989) *Guía de la educación en la Comunidad Europea*. MEC:Madrid
- Campbell, P.H.** (1991) Intervention precoce: etat de la Question. *Cahiers du CTNERHI Handicaps et Inadaptations*, 54, 1-14
- Campos Castelló, J.** (1969) *La Neurología evolutiva, bases para la detección precoz de la subnormalidad (?)*
- Campos Castelló, J. ; Villa Elizaga, I.; Ricoy Campo, J.R.** (1973) Estudio neurológico evolutivo del primer años de vida de 216 nacidos de parto traumático; *Acta Pediátrica Española*; 31; 364-373
- Campos Castelló, J.** (1979) El examen neurológico del recién nacido a término *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* 114-121 (?)
- Campos Castelló, J.** (1992) *Bases Científicas de la Estimulación Precoz: Metodología y Valoración de resultados (?)*
- Candel Gil, L.** (1995) Prevención socio-ambiental de las minusvalías. *La Cristalera*, 1995, Nº5, pp: 29-32
- Cohen, R.** (1980) *Aprendizaje precoz de la lectura*; Cincel/Kapelus: Madrid
- Casado, D.** (1991) Prevención de las deficiencias e infancia. *Revista Infancia y Sociedad*, 11, 5-18
- Castanedo Secada, C.** (1987) *Deficiencia mental: aspectos teóricos y tratamientos*; EUDEMA: Costa Rica
- Cheseldine, S. & McConkey, R.** (1979) "Parental Speech to Young Down's Syndrome Children": en Intervention Study. *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 612-620
- Christophersen, E. & Syke, B.** (1979) "An Intensive, Home Based Family Training Program for Developmentally Delayed Children". En HAmerynck (Ed.), *Behavioral Systems for the Developmentally Disabled: (I) School and Famili Environments*. New York: Brunner/Mazel.
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1986) *Mapa de salud y servicios sociales de la CAM/ Informes Técnicos*. Consejería de Salud y Bienestar Social: Madrid
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1990) *Congreso Internacional de Educación Infantil* (Vols. I, II, III). Consejería de Educación. Madrid.
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1990) *Necesidades de la infancia en la CAM*. Consejería de Integración Social: Madrid

- Comunidad Autónoma de Madrid** (1990) *Diagnóstico precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño*. Consejería de Integración Social: Madrid
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1992) *Atención a la Infancia en la CAM: repertorio legislativo*. Consejería de Integración Social: Madrid.
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1992) *Niveles de organización de la atención*. Consejería de Integración Social: Madrid
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1993) *Atención a la infancia en la CAM: repertorio legislativo (actualización 1992)*. Consejería de Integración Social: Madrid.
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1993) *Guía de servicios de la CAM*. Consejería de Educación y Cultura: Madrid
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1994) *Plan de Salud*. Consejería de Salud: Madrid
- Comunidad Autónoma de Madrid** (1995) *Atención social a discapacitados en la CAM*. Consejería de Integración Social: Madrid
- Coriat, L.** (1974) *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*; Emisur: Buenos Aires
- Coriat, L. y Jerusalinsky, N.** (1984) Estimulación en el primera año de vida; *Siglo Cero*; 92; 28-36
- Changeux, J.P.** (1978) *L'home neuronal*, Ornicar: Paris
- Curtis, S. y Bebbington, A.** (1980) *Predicting the need for intervention: an empirical aproach to the needs indicator for children under the age of five*. Personal Social Services Research Unit: Canterbury
- Dekaban** (1959) *Neurology of infancy*; The Williams and Wilkins Company: Baltimore
- Dennis (dir.)** (1963) *Studies in individual differences*, Appeton-Century-Crofts: Nueva Yorck
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco y Cloninger** (1994) Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Revista Siglo Cero*; Vol.25 (5), 155, 5-6
- Dierssen, M.** (1994) Las bases neurobiológicas de la intervención temprana. *Síndrome de Down*, 11, 1, 3-9
- Durán, T.** (1987) Primer any de vida; conversa amb Joaquim Jubert; *Infància*, 36, Mayo-Junio
- Dunn, D y Epstein, L.G.** (1993) *Neurología Infantil*. TEMIS: Barcelona
- Erlor, G.A.** (1990) La atención a la primera infancia: un reto a la ecología social. *Revista Infancia y Sociedad*, 1, 5-16

- Eugeen Verhellen** (1992) Los derechos del niño en Europa. *Revista Infancia y Sociedad*, 15, 37-60
- Fábregues, I.** El desarrollo evolutivo del niño como finalidad; *Minusval*; 57, 34-35
- FECLAPS** (1993) "Encuentro Nacional de Profesionales de Estimulación Temprana, Ávila"
- Fejerman, N. y Fernández, E.** (1986) *Fronteras entre neuropsiquiatría y psicología*; Nueva Visión: Buenos Aires
- Fernández Ballesteros, R.** (1987) *El ambiente: Análisis psicológico*; Pirámide: Madrid
- Ferrán Casas** (1992) La infancia española en el contexto europeo. *Revista Infancia y Sociedad*, 15, 5-36
- Field, T.; Widmayer, S.; Stringer, S. & Ignaloff, E.** (1980) "Teenage, Lowerclass Black Mothers and their Preterm Infants: An Intervention and Developmental follow up". *Child Development*, 51, 426-436
- Filler, J. & Kasari, C.** (1981) "Acquisition, Maintenance and Generalization of Parent-Taught Skills with two Severely Handicapped Infants". *The Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 6, 30-38
- Fielstead** (1986) Métodos cualitativos: Una experiencia necesaria en la investigación evaluativa. En: COOK, T.D. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación educativa*; Morata: Madrid
- Flehmg, I. y Rauterberg, K.** (1988) *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones*; Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires
- Fowler, S.A.** (1990) The transition between early intervention services and preschool services: administrative and policy issues. *Topics in early childhood special education*, 9, 4, 55-65
- Freud, A.** (1968) *Le normal et le pathologique chez l'enfant*; Gallimard: Paris
- Fuertes, J.; Sánchez, A.; Pérez, I.** (1992) *Programa de estimulación precoz*; Junta de Castilla y León: Valladolid
- Fuertes, J. y Pedrosa, C.** (1994) La evaluación en base al currículo en los programas de intervención temprana; En: VERDUGO ALONSO, *Evaluación curricular: una guía para la intervención psicopedagógica*; Siglo XXI: Madrid
- Garber, H. & Heber, R.** (1977) "The Milwaukee Project". En Mittler, P. (Ed.), *Research to Practice in Mental Retardation*, Vol.3, *Care and Intervention*. Baltimore: University Park Press.
- García, J.M.** (1987) *Organización de una atención precoz eficaz y generalizada*. SIIS: San Sebastián

- García, J.M.** (1993) El proceso de rehabilitación. Diagnóstico y valoración de las minusvalías. En *la integración social de los minusválidos*. Colección Solidaridad, 4. Fundación ONCE: Madrid
- García Cabañas, V.** (1990) Salud y educación infantil: mabientes educativos y calidad de vida. *Revista Infancia y sociedad*, 5, 55-66
- García Etchegoyen de Lorenzo, E.** El apego afectivo, una llamada de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana; *Siglo Cero*; 96; 24-31
- Garrido, S.** (1987) *La estimulación precoz en la educación especial*; CEAC: Barcelona
- Gessel, A. y Amatruda, C.** (1976) *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*; Paidós: Buenos Aires
- Gessel, A.** (1985) *El niño de 1 a 5 años: Guía para el estudio del niño preescolar*; Paidós: Buenos Aires
- Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, A.** (1984) *La enseñanza: su teoría y su práctica*; Akal: Madrid
- Gobierno Vasco** (1991) *Tabla de Desarrollo Haizea-Llevant (0-5 años)*; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: Vitoria
- González Mas, R.** (1972) Sobre una nueva metodología en el adiestramiento y maduración de los deficientes mentales. *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1972
- González Mas, R.** (1983) *Estimulación sensoriomotriz precoz*; SIIS: San Sebastian
- Grant, J.P.** (1993) 1990-2000: una puesta abierta a la mejora de la salud infantil. *Revista Infancia y Sociedad*, 19, 31-50
- Greenough, W.** (1976) *Psicobiología evolutiva: herencia, ambiente, comportamiento*; Fontanella: Barcelona
- Guralnick y Bennett** (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO: Madrid
- Guthrie, R.** (1992) Los niños y el Consejo de Europa. *Revista Infancia y Sociedad*, 15, 61-84
- Gútiérrez Cuevas, Saenz-Rico de Santiago y Valle Trapero** (1993) Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, Vol.4 (2), Pags: 113-129
- Halpern, A.S.** (1994) Calidad de vida como marco conceptual para evaluar los resultados de la transición. *Revista Siglo Cero*. Vol.25(5), 155, 19-37

- Harris, S.** (1989) Intervención precoz en niños con minusvalías motoras. En: En GURALINCK y BENNETT (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO: Madrid
- Hellbrügge, T. y Cols.** (1980) *Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida*; Marfil: Alcoy
- Hernández, P.** (1989) *Diseñar y enseñar: Teoría y técnica de la programación (?)*
- Horowitz, F.D.** (1980) Intervention and its effects on early development: What model of development is appropriate? en R.R. Turner y Reese (eds.): *Life-span development Psychology intervention*; New York: Academic Press, 1980, 235-248
- Horowitz, F.D.** (1986) El desarrollo social de los niños: Procesos normales y nuestra comprensión del niño de alto riesgo; *Siglo Cero*; 108, 38-43
- Hunt, J.** (1961) *Intelligence and Experience*; New York: Ronald Press
- Illinworth, R.S.** (1991) *El desarrollo infantil en sus primeras etapas: normal y patológico*; Editorial Médica y Técnica: Barcelona
- Jacob, F.** (1970) *La logique du vivant*; Gallimard: París
- Jiménez Hernández, M.** (1994) Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Revista Infancia y Sociedad*, 24, 21-48
- Johnson, D.** (1975) "The Development of a Program for Parent-Child Education Among Mexican-Americans in Texas". En Friedlander, B.; Sterrit, G. & Kirk, G. (Eds) *Excepcional Infant: Assessment and Intervention*, Vol.3. New York: Brunner/Mazel
- Johnson-Martin, Jens y Attermeier** (1994) *Curriculo Carolina*; TEA: Madrid
- Jornada de Estudio sobre Estimulación Precoz de los Niños con Deficiencia Mental** (1990). Atzegi: Donostia
- Kagan, J. y Klein, R.N** (1973) Cross-cultural perspectives on early development. *American psychologists*; 28, 947-961
- Kaufman, R.A.** (1973) *Planificación de sistemas educativos*; Trillas: México
- Kirk, S.** (1958) *Early Education of Mentally Retarded*; Urbana: University of Illinois Press y **Skeels, H.** (1966) "Adult Status of Children wuith Constranting Early Life Experiences"; *Monographs of the*

Society for Research in Child Development, 31 (3, serial N°105) (los dos trabajos más pioneros en el ámbito de la Atención Temprana)

Klein, M y cols. (1966) *Desarrollo del psicoanálisis*; PUF: París

Köng, U. (1975) Plastizität des gehirns als grundlage der neurophysiologischen therapie; *der kinderarzt*, 6, 903-906

Lacasta Reoyo, J.J. (1996) Aproximación descriptiva a una organización compleja: FEAPS. *Siglo Cero*, Vol. 27(1), 163, 5-19

Lamote de Grignon, C. (1956) *Contribución al estudio de la neurología evolutiva*/ Tesis doctoral resumida; Universidad de Barcelona

Lamote de Grignon, C. (1961) Perspectivas de la neurología evolutiva; *Anales de Medicina y Cirugía*; Julio, 4-21

Lamote de Grignon, C. (1962) Algunas normas de rehabilitación neurológica en el recién nacido y el lactante; *Anales de Medicina (Sección Especialidades)*; XLVIII, 4

Lamote de Grignon, C. (1964) El examen neurológico del recién nacido y del lactante; *Bol. Soc. Val. Ped.*; VI, 22, 217-227

Lamote de Grignon, C. (1968) Semiología de la maduración funcional del sistema nervioso y su utilidad en clínica neuropediátrica; *Progresos de Pediatría y Puricultura*, XI, fasc.1, 33-53

Levi, S. (1955) *Elementos de la Neurología Infantil*; Alfa: Buenos Aires

Lescure, M. (1991) *Psicología de la primera infancia*; Trillas: México

Lézine, I. (1986) *La primera infancia: un estudio psicopedagógico sobre las primeras etapas del desarrollo infantil*; Gedisa: Barcelona

Levenstein, P.(1970) "Cognitive Growth in Preschoolers Through Verbal Interaction and Stimulation with Mothers". *American journal of Orthopsychiatry*, 40, 426-432

Lewis, M. y Starr, M. (1979) Developmental continuity. En OSOFSKY (dir.), *Handbook of infant development*. John Wiley: New York

López Torrijo, M. (1993) *La integración escolar. Análisis del desarrollo legislativo*. Universidad Valenciana. Valencia

Luengo Latorre, J.A. (1994) Proceso de evaluación en el ámbito de la Atención Temprana. revista Polibea, 1994, N°30, PP: 3-7

- MacCall, R.** (1979) The development of intellectual functioning in infancy and the prediction of later IQ. En: OSOFSKY (dir.), *Handbook of infant development*, John Wiley: New York
- Maciá, D. y Méndez, F.X.** (1986) *Aproximación a la evaluación y modificación de conducta*; Yerba: Murcia
- Madden, J. y Col.** (1976) "Longitudinal IQ Outcomes of the Mother-Child Home Program". *Child Development*, 47, 1015-1025
- Manciaux** (1986) Factores socioeconómicos y culturales asociados con la deficiencia mental; *Siglo Cero*; 108; 12-17
- Martínez Quesada, J.J.** (1990) Protagonismo de la comunidad en la promoción de la salud infantil. *Revista Infancia y Sociedad*, 5, 107-120
- Mason, W.** (1970) Learning to speak after years of silence. En: DENENBERG (dir.) *Education of the infant and young child*, Academy Press: New York
- McConkey, R.** (1994) Early intervention: planning futures, shaping years. *Mental Handicap Research*, 7, 1, 4-15.
- Meadow-Orleans, K.** (1989) Análisis de eficacia de los programas de intervención precoz en niños con deficiencias auditivas. En: En GURALINCK y BENNETT (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO: Madrid
- Meisels, S.J.** (1988) Formulating optimal state early childhood intervention policies. *Exceptional Children*, 55, 2, 159-165.
- Menéndez Osorio, F.** (1990) Salud mental infantil: la patología psíquica en el niño y la actuación comunitaria e interdisciplinar en la atención al menor. *Revista de Infancia y Sociedad*, 5, 39-54
- Minde, K.; Shosenberg, N.; Marton, P.; Thompson, J.; Ripley, J. & Burns, S.** (1980) "Self help grounds in a premature nurse: A Controlled Evaluation. *The Journal of Pediatrics*, 96, 933-940.
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1989) *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas*. INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1989) *La integración económica y social de las personas con deficiencia mental*. INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1990) *Análisis de la demanda de servicios para la primera infancia*. MAS: Madrid.

- Ministerio de Asuntos Sociales** (1990) *Guía de Centros de Atención Temprana de la CAM. MAS y Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvlía*: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1991) *Repertorio histórico de legislación sobre discapacidades*. MAS: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1992) *Diseño y producción de ayudas técnicas para personas con discapacidad en relación con los programas europeos*. INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1993) *IIIª Jornadas de psicología de la intervención social*. INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1993) *Indicadores de protección social, servicios sociales y programas de igualdad durante el periodo 1982-1992*. Vóls: 4, 5 y 6 (minusválidos)/ Vóls: 9/10 (infancia). INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1994) *Investgación y política de infancia en Europa en los años 90. Seminario Europeo de 20-22 de Junio de 1991*. INSERSO: Madrid
- Ministerio de Asuntos Sociales** (1994) *Investigación y políticas de infancia en Europa en los años 90. Seminario Europeo del 20 al 22 de junio de 1991*. MAS:Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1985) *Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud*. MSC: Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1988) *Jornadas sobre coordinación general sanitaria*. MSC: Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1988) *Guía del INSALUD*. INSALUD: Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1991) *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo** (1991) *La Atención Primaria*. MSC: Madrid
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social** (1990) *Historia de la acción social pública de España*. MTSS:Madrid
- Molina García, S.** (1992) *La educación de los niños deficientes mentales en España*. CEPE: Madrid
- Monod, J.** (1970) *Le hasard et la nécessité*; Seuil: París
- Morris, R. y Blatt, B.** (1989) *Educación Especial: Investigaciones y tendencias*; Editorial médica panamericana: Buenos Aires

- Moss, P.** (1990) Informe sobre la atención a la infancia y la igualdad de oportunidades en la Comunidad Europea. *Revista Infancia y Sociedad*, 1, 63-76
- Moss, P.** (1992) La atención del niño en Europa y la red de la Comisión Europea de Atención al Niño. *Revista Infancia y Sociedad*, 15, 105-122
- Mussen, Conger y Kagan** (1977) *Desarrollo de la personalidad en el niño*; Trillas: México
- Nelson, R.O y Jarrett, R.B.** (1986) Evaluating the quality of behavioral assessment; En: NELSON Y HAYES (Comp.), *Conceptual foundations of behavioral assessment*, Guilford Press: New York
- Newborg y Cols.** (1989) *Inventario de desarrollo Batelle*. Fundación Catalana para el Síndrome de Down: Barcelona
- Nogués, R.M.** (1987) Neurología y regulación educativa del comportamiento; *Educación*, 12, 57-73
- Novick, R.** (1993) Activity-based intervention and developmentally appropriate practice: points of convergence. *Topics in early childhood special education*, 13, 4, 403-417
- Palacios Gil, J.** (1987) El aprendizaje temprano; *Cuadernos de Pedagogía*, 154, 12, 64-66
- Peiper, A.** (1961) *Cerebral function in infancy and childhood*; Pittmann Medical Publishing Co-Ltd.
- Pérez, M^a.J.** (1993) El Servicio Internacional en favor de la infancia. *Revista Infancia y Sociedad*, 19, 79-90
- Petrie, P., Kratochwill, T.; Bergan, J & Nicholson, G.** (1981) "Teaching parents to Teach their Children: Applications in the Pediatric Setting". *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 275-292
- Piaget, J.** (1972) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*; Aguilar: Madrid
- Piaget, J.** (1981) *Psicología del niño*, Morata: Madrid
- Piaget, J.** (1989) *La construcción de lo real en el niño*; Crítica: Barcelona
- Prechtl, B. y Beintema, D.** (1964) The neurological examination of the full-term newborn infant; *Clinics in Developmental Medicine*, 12
- Qutín, O.** (1992) Acciones comunitarias en relación con la infancia. *Revista Infancia y Sociedad*, 15, 85-104
- Ramey, C. & Col.,** (1983) "Preventing Developmental Retardation: A General Systems Model". En Bond & Joffe (Eds.), *Facilitating infants and early Childhood Development*. Hanover, NH: University Press of New England.

- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad (1987) *Símposio Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana. Enfoques de Prevención y Sistemas de Coordinación*. Documentos 12/ Real Patronato: Madrid.**
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad (1988) *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Real Patronato: Madrid**
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad (1989) *Seminario Nacional sobre Programas de Prevención de Deficiencias*. Real Patronato: Madrid**
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad (1990) *Alternativas institucionales de rehabilitación. Documentos y experiencias*. Real Patronato: Madrid**
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía (1992) *Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad/ La Voz***
- Rehabilitación Internacional (1988) *Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del Congreso de Viena*. INSERSO: Madrid**
- Rescorla, L. & Zigler, E. (1981) "The Yale Child Welfare Research Program: Implications for Social Policy". *Education Evaluation and Policy Analysis*, 3, 5-14.**
- Saint-Anne Dargassies, S. (1954) *Methode d'examen neurologique du nouveau-né; Etudes Neonatales*, 3, 101-124**
- Saint-Anne Dargassies, S. (1963) *Les différents stades de la maturation neurologique du nourrisson normal et pathologique; Congrès International d'Arriération Mentale (Viena)*, 164-169**
- Saint-Anne Dargassies, S. (1964) *Introduction à la semiologie du développement neurologique du nourrisson: Conceptions générales; J. Neurol. Scienc.K; I, 2, 160-177***
- Saint-Anne Dargassies, S. (1964) *Méthode d'exploration neurologique du nourrisson; J. Neurol. Scienc.; I, 6, 579-585***
- Saint-Anne Dargassies, S. (1967) *Diagnostic et traitement précoces de l'infirmité motrice cérébrale; Supp. au Bull des I. M. C.K; 46, sept.***
- Sameroff y Chandler (1975) "Reproductive Risk and Continuum of Creating Casualty", en Horowitz y Col. *Review of Child Development Research* (V.4) Chicago; University of Chicago**
- Sánchez Asín (1990) *Estimulación Temprana: prevención y educación. Revista de Educación Especial*,**

- Sánchez Palacios, C.** (1978) Estudio de los efectos de la estimulación precoz en bebés con el Síndrome de Down; *Infancia y Aprendizaje*; 4, 29-37
- Sánchez García, J.C.** (1988) Estimulación precoz: un acercamiento a sus bases teóricas y al procedimiento; *Revista de C.C. de la Educación*; 133; 7-22
- Sánchez Asín, A.** (1989) *Fundamentos biológicos de la educación*; PPU: Barcelona
- Sánchez Asín, A.** (1990) Estimulación temprana: Prevención y educación; *Revista de Educación Especial*; 7, 9-20
- Sánchez Asín, A.** (1993) *Necesidades educativas e intervención psicopedagógica*; PPU: Barcelona
- Sánchez Cervantes** (1991) *I Congreso Internacional de Infancia y Sociedad. Bienestar y derechos sociales de la infancia, 20-23 de Noviembre de 1989*. INSERSO: Madrid
- Sánchez Hipola, M.P.** (1994) Responsabilidad familiar y profesional en la prevención y atención temprana. *Revista Polibea*, 1994, Nº30, pp: 29-32
- Sanz Aparicio, M.T.** (1991) LA edad de inicio de la estimulación precoz como determinante del cociente de desarrollo; *Revista de Psicología General y Aplicada*; 44; 413-419
- Sanz del Río, S.** (1995) *Integración de alumnos con necesidades educativas especiales: panorama internacional*. Documentos 2/95. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía
- Simeonsson, R. y Olley, G.** (1989) Intervención precoz en niños autistas. En: En GURALINCK y BENNETT (1989) *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*; INSERSO: Madrid
- Schalock y Bogale** (1990) *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation
- Schalock, Ph.D.** (1995) Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyos de la AAMR de 1992. *Revista Siglo Cero*, Vol.26 (1), 157, 5-13
- SIIS** (1991) *Ayudas técnicas: sistema de prestaciones*. SIIS: San Sebastián
- SIIS** (1991) *Repertorio histórico de legislación sobre discapacidades*. SIIS: San Sebastián
- Skinner, B.F.** (1975) *Sobre el conductismo*; Fontanella: Barcelona
- Spitz, R.** (1990) *El primera año de vida del niño*; Fondo de Cultura Económica: Madrid
- Stamback** (1978) *Tono y psicomotricidad*; Pablo del Río: Madrid

- Taft, L.A.** (1981) Intervention programs for infants with cerebral palsy. En: BROWN (ed.) *Infants at risk: Assessment and intervention*; Johnson & Johnson Baby Products: Boston
- Tari, A.** (1989) Factors to be considered in integrated programs for young children: a review. *Early Child Development and Care*, 53, 37-46
- Thompson, W. y Melzack, R.** (1959) Early environment, *Scientific American*, 1-6 enero
- Tyler, N. & Kogan, K.** (1977) "Reduction of Stress Between Mothers and their Handicapped Children". *The American Journal of Occupational Therapy*, 31, 151-155.
- Uzgiris, I. y Hunt, J.M.** (1975) *Assessment in infancy: Ordinal Scales Psychological Development*, University of Illinois Press: Urbana
- Valero Martínez, J.** (1995) Atención Temprana: coordinación de servicios para la población infantil de riesgo. *La Cristalera*, 1995, N°5, PP: 33-35
- Verdugo Alonso** (1994) *Evaluación curricular: una guía para la intervención psicopedagógica*; Siglo XXI: Madrid
- Verdugo Alonso** (1995) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo XXI: Madrid
- Valle Trapero, M.** (1991) *Intervención precoz en niño de alto riesgo biológico*. Tesis Doctoral, Dpto. de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid.
- Villa Elízaga, I. y Cols.** (1991) *Desarrollo y estimulación del niño durante los tres primeros años de su vida*; EUNSA: Pamplona
- Villablanca, J.** (1991) Recuperación funcional y reorganización anatómica del cerebro con daño neonatal; *Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías*; 18; 7-17
- Wallon, H.** (1976) *Los orígenes del pensamiento en el niño*; Nueva Visión: Buenos Aires
- Wallon, H.** (1974) *Evolución psicológica del niño*; Grijalbo: México
- Wallon, H.** (1987) *Psicología y educación del niño: una comprensión dialéctica del desarrollo y la educación infantil*; MEC/Visor: Madrid
- Winnicott, D.W.** (1965) *El proceso de maduración en el niño*; Laila: Barcelona
- Winnicott, D.W.** (1993) *Conozca a su niño: Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*; Paidós: Barcelona

Wolfensberger, W y Kugel, R. (dirs.) (1976) *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*; President's Committee on Mental Retardation: Washington

Zabalza, M.A. (1988) *Diseño y desarrollo curricular*; Narcea: Madrid

ABRIR 3ª PARTE





ABRIR 2ª PARTE

3ª PARTE

MARCO DE CONTRASTACIÓN EMPÍRICA

- BASE METODOLÓGICA
- OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES
- OPERATIVIZACIÓN DE HIPÓTESIS
- ESTUDIO DE CAMPO
 - Muestra
 - Instrumentos de medida
 - Recogida de datos
 - Análisis de datos
- RESULTADOS

Anexos

Referencias Bibliográficas

CAPÍTULO 7

BASE METODOLÓGICA

A partir de este marco teórico nos encontramos en disposición de establecer la contrastación empírica que nos permita aceptar o rechazar las hipótesis planteadas como *la posible respuesta a la pregunta o problema* de investigación. Esta contrastación estará en función del grado de certeza o falsedad que encontremos en los datos empíricos (Pérez Juste, 1981) obtenidos a partir del "estudio de campo" con respecto a las hipótesis propuestas inicialmente.

Todo ello, no sólo va a venir configurado por el marco teórico propuesto, sino por las bases metodológicas que van a guiar la elaboración de dicho proceso y que seguidamente vamos a exponer.

1. TRATAMIENTO DE VARIABLES E HIPÓTESIS

Como requisito imprescindible en una contrastación empírica se encuentra la previa operativización de variables e hipótesis propuestas (Kerlinger, 1985).

1.1 VARIABLES

La operativización de la variable son las operaciones o actividad que realiza el investigador para pasar del campo teórico, al campo de la realidad observable, variable operativa.

Consiste en sustituir unas variables por otras más concretas que sean representativas de aquéllas..... Un definición operativa se basa en características observables de lo que se está definiendo (Arnal, J., 1992, 69)

El procedimiento de la operativización, en base a las propuestas de Sierra Bravo (1987, 110) y Pérez Álvarez (1991, 29), va a ser el siguiente:

- 1º Definición conceptual de la variable; como concepto capaz de asumir distintos valores.
- 2º Deducción de dimensiones o aspectos principales.
- 3º Delimitación de los indicadores o circunstancias empíricas concretas de cada dimensión; los que traducen a la variable en el plano empírico.
- 4º Propuesta de las distintas categorías que pueden adoptar los distintos indicadores; como los distintos grados o valores que pueden asumir una variable.

Al mismo tiempo y siguiendo a un grupo de autores¹, partimos de la naturaleza específica de la variable, en este caso *cualitativa* en la medida que la "coordinación interinstitucional en el ámbito de la A.T." es una característica que se expresa en categorías, debido a que su naturaleza no es cuantificable o enumera magnitudes de una propiedad o concepto, y *politómica* en la medida que admite o expresa más de una categoría.

Será esta naturaleza la que determine los propios niveles que asume a partir del tipo de escala que se puede aplicar en su medida, en este caso, *escala ordinal*, como una clasificación del objeto de estudio según el orden que ocupa con respecto a una característica dada.

¹Tuckman, 1971; McGuigan, 1976; Pérez Juste, 1981; Kerlinger, 1985; Pérez, 1991; Arnal, 1992

1. 2 HIPÓTESIS

A su vez, una hipótesis podrá ser contrastada empíricamente en la medida que se pueda comprobar o rechazar mediante los resultados obtenidos en la realidad, y para ello habrá sido necesaria una operativización previa de la misma².

Se recurrirá a la definición de la hipótesis cada vez con más concreción, pero manteniendo la coherencia interna. En la hipótesis operativa, las variables se definirán operativamente, se indicará las operaciones o actividades necesarias para observar o medir la variable (Arnal, J.; 1992, 65).

De alguna manera, la operativización planteada nos va a permitir establecer o concretar qué queremos observar en la realidad estudiada, que es lo mismo que decir, qué queremos medir; repercutiendo indirectamente en el cómo lo vamos a hacer, es decir, en la determinación de la metodología a utilizar (*Gráfica 33*).

<h2>2. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA</h2>

Se seleccionará una muestra extraída de la población a la que se quieren generalizar los resultados obtenidos a partir del principio de representatividad que ésta debe cumplir respecto a la población de la que se extrae, para lo que será necesario atenerse a aquel método o métodos que mayores garantías ofrezca de esta representatividad (Pérez Álvarez, 1991, 42).

² Popper, 1971; Bunge, 1976 y 1985; Van Dalen y Meyer, 1983; Pérez Juste, 1981; Pérez, 1991; Arnal, 1992

MARCO TEÓRICO

OPERATIVIZACIÓN
VARIABLE/ HIPÓTESIS

QUÉ VAMOS A MEDIR
 Qué queremos observar en la realidad

- Dimensiones
- Indicadores
- Categorías

CÓMO LO VAMOS A HACER
 Cómo vamos a observar esa realidad

METODOLOGÍA

- Muestra
- Instrumentos
- Recogida de datos
- Análisis de datos

ESTUDIO DE CAMPO

- Conjunto de datos obtenidos

Nivel encontrado

Grado o nivel alcanzado en función
 de cómo se presentan en la realidad
 observada

CONTRASTE

Nivel deseado
o esperado

Grado o nivel óptimo en función
 del marco teórico donde queda
 insertada esta realidad

ACEPTACIÓN/ RECHAZO HIPÓTESIS

RESULTADO

La selección de la muestra se va a realizar a partir de un *universo*³ de servicios propios del ámbito público de la Atención Temprana de la Comunidad de Madrid, del que se desprende la *población*⁴ de la presente investigación.

2.1 UNIVERSO

Conformado por aquellos servicios institucionales comunitarios donde se atiende a los niños con deficiencia o alto riesgo entre 0 y 3 años frente a la misma con una repercusión más o menos directa en el ámbito de la Atención Temprana:

- Los servicios educativos donde son atendido bajo una modalidad de integración educativa.
- Los servicios o centros de naturaleza social donde son atendidos bajo una modalidad de tratamiento específico de Atención Temprana.
- Los servicios hospitalarios donde son atendidos bajo una modalidad de atención especializada con repercusión en la dimensión funcional psicofísica del niño.

2. 2 POBLACIÓN

A. Servicios públicos del ámbito educativo

La red pública de servicios educativos que atienden a población de 0-3 años a la que asisten niños con deficiencia o alto riesgo frente a la misma en la modalidad de integración educativa.

³Según Arnal (1992, 74) el *Universo*, designa a todos los posibles sujetos o medidas de cierto tipo

⁴Según Arnal (1992, 74) la *Población*, es el conjunto de todos los individuos (objetos, personas, eventos, etc.) en los que se desea estudiar el fenómeno. Estos deben reunir las características de lo que es objeto de estudio.

- Red pública de las Escuelas Infantiles y Casas de Niños con titularidad comunitaria o local, de entre todos los municipios de la Comunidad.
- Red de Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana de titularidad comunitaria que prestan su apoyo a las mismas. Estos equipos están sujetos a la sectorización comunitaria, cubriendo así las necesidades de apoyos de todas las escuelas enmarcadas en su sector.

B. Servicios públicos o de apoyo público del ámbito social

Aquel grupo de Centros de Atención Temprana comunitarios en los que se ofrece tratamiento específico a los niños de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, cuya naturaleza puede ser:

- De entidad pública, como son los adscritos a los Centros Base Comunitarios pertenecientes a la "Consejería de Salud y Servicios Sociales"
- De entidad privada sin "ánimo de lucro" que reciben algún tipo de apoyo económico por parte de los organismos públicos, como son las grandes asociaciones.

C. Servicios públicos del ámbito sanitario

Aquellos centros de atención sanitaria especializada, como son los hospitales comunitarios en los que se cuenta con algún tipo de servicio o unidad específica en la atención a niños desde su nacimiento hasta los 3 años de edad; es decir, aquellos servicios más significativos de cara a un tratamiento clínico de la anomalía o alteración

orgánica con repercusión funcional, en términos de deficiencia, durante este periodo de la vida.

Teniendo en cuenta que durante este periodo de 0 a 3 años, los servicios hospitalarios más significativos, en cuanto que aglutinan gran parte de la información de los acontecimientos clínicos que mayor peso tienen sobre el aspecto funcional del niño, como pueden ser todos los aspectos oftalmológicos, auditivos, sindrómicos, metabólicos, endocrinológicos o traumatológicos, son:

- El Servicio de Neonatología
- El Servicio de Neuropediatría
- El Servicio de Rehabilitación Infantil
- El Servicio o Unidad de Atención Temprana

2.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El método de selección, siguiendo a los distintos autores⁵, entre ellos Kerlinger (1981), va a ser el siguiente.

A. Ámbito educativo

La población es extremadamente amplia, tanto a nivel de escuelas como de equipos de apoyo. Al mismo tiempo, cuenta con unas características específicas susceptibles de

⁵Cochran, 1965; Snedecr y Cochran, 1980; Festinger, 1975.

abordar en un pormenorizado proceso de selección de la muestra, obligando a elaborar una muestra a partir de estas características, buscando así su mayor representatividad respecto al universo al que pertenece:

- Zonificación de los centros escolares y los equipos de apoyo
- Titularidad de los centros escolares
- Tipo de centros educativos: Escuelas Infantiles de zonas urbanas y Casas de Niños, propias de centros rurales

Partimos de una combinación del muestreo *no probabilístico* y el *probabilístico*⁶ bajo una doble modalidad, el muestreo *por cuotas*⁷ y el muestreo *aleatorio simple*⁸ respectivamente.

Como muestreo no probabilístico se utilizará el método del *modelo reducido* o, también llamado, de las *partes proporcionales, cuotas o elección razonada* y sólo una vez que se cumplimente este método de selección, teniendo en cuenta la proporcionalidad y representatividad de la muestra en estas dos variables, se utilizará la *selección probabilística* a través de la modalidad del muestreo aleatorio simple.

Este proceso encuentra una similitud con la propuesta de *muestreo probabilístico de modalidad de polietápico*⁹ de Arnal, J. (1992, 77).

⁶Hablamos de **muestras probabilísticas** cuando el procedimiento de obtención de las mismas se basa, en mayor o menor grado, en la selección al azar (Feller, 1957)

⁷El **muestreo por cuotas** se utilizan conocimientos de los estratos de la población para seleccionar muestra de miembros que sean representativos "típicos" o adecuados para algunos fines de investigación (Kerfing, 1981).

⁸El **muestreo aleatorio simple** se basa en la selección al azar de cada uno de los elementos individualizados en base a la muestra (Tourón Figueroa, 1991)

⁹El **muestreo polietápico** sigue una secuencia de etapas de selección de unidades muestrales de mayor rango a otras de menor, hasta llegar a los individuos o elementos que constituyen la muestra (Arnal, J. 1992)

B. Ámbito social y sanitario

Por el contrario, el universo de centros específicos de Atención Temprana, así como el de los servicios hospitalarios es bastante limitado, facilitando notablemente el proceso de elaboración de la muestra.

Partimos de un método de selección basado en un muestreo *no probabilístico*, concretamente del muestreo *intencional u opinántico* (Arnal, J.; 1992, 78). Donde serán elegidos aquellos servicios que se estimen sean lo suficientemente representativos o típicos de la población.

a) Muestra Social

Ésta quedará configurada por todos los centros de Atención Temprana públicos y por aquellos centros de naturaleza privada sin ánimo de lucro agrupados bajo la sociedad que tradicionalmente ha venido siendo la más representativa en este campo, la FADEM.

b) Muestra Sanitaria

Esta selección se realiza a partir de aquellos centros hospitalarios más representativos en el tratamiento médico de la población de 0-3 años a nivel comunitario, como son los hospitales más significativos en las especialidades de Maternidad-Neonatología y tratamiento infantil.

3. NATURALEZA DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La naturaleza de la investigación exige el diseño y elaboración de unos *instrumentos de recogida de datos*. El instrumento elaborado para tal fin va a ser la *encuesta* y concretamente el *cuestionario*¹⁰.

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA

Siguiendo a Pérez Álvarez (1991), se trata de una encuesta de naturaleza *descriptiva*, en la medida que el conjunto de preguntas que la constituyen van a buscar la afirmación de la existencia de determinados hábitos o actitudes profesionales dentro de un área o servicio concreto de trabajo.

Al mismo tiempo, es una encuesta de *autoadministración*, destinada a ser cumplimentada personalmente por la muestra seleccionada; señalando, normalmente con una marca o cruz, aquella respuesta que presenta mayor similitud con su realidad o valoración.

3.2 CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO

La base del cuestionario va a ser de preguntas *cerradas* o de *base estructurada*, normalmente de *abanico cerrado*, en el momento que contarán con varias posibilidades de respuesta. En algunos cuestionarios aparecerán preguntas *semicerradas* o de base semiestructurada, aunque su incidencia será mínima respecto a las preguntas cerradas (Pérez Álvarez, 1991, 98).

¹⁰García Ramos, J.M (1989); *Bases Pedagógicas de la Evaluación. Guía Práctica para educadores*. Madrid: Síntesis

3.3 ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LOS MISMOS

Este análisis, siguiendo a Pérez Álvarez (1991, 106), supone la evaluación de los instrumentos a través de tres criterios, el de *validez*, el de *confiabilidad* y el de *discriminación* de forma simultánea. Para ello, además del estudio pertinente de los mismos en su elaboración, se lleva a cabo un *estudio piloto* con el fin de favorecer y apoyar este análisis.

A. Aplicación del criterio de validez

Se aplica a través de:

- La *validez teórica*, en la medida que busca la coherencia interna del instrumento en sus partes, buscando que éstas den la respuesta adecuada a los objetivos que se persiguen en la construcción del mismo.
- La *validez empírica*, en la medida que los resultados obtenidos en los cuestionarios son comparables entre sí a partir de la muestra aplicada.

B. Aplicación del criterio de confiabilidad

En la medida que el instrumento, en todas y cada una de las distintas situaciones de aplicación, siempre mide lo que queremos medir.

C. Aplicación del criterio de discriminación

En la medida que el instrumento permite claramente separar las entidades que poseen ciertos elementos de los que no los poseen, discriminando dentro de la muestra que hemos seleccionado.

4. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

Teniendo en cuenta la naturaleza de los instrumentos de medida, la *encuesta de autodeterminación*, el proceso de recogida de datos viene determinado por:

- a) la selección de la persona o personas más pertinentes, dentro de los servicios u organismos propios de la población, para aportar la información requerida en el estudio.
- b) la modalidad de acceso, elaboración y devolución de los mismos por el personal de la muestra seleccionada.

A. Delimitación de la persona o personas a quién van a ir destinados dichos cuestionarios

a) Ámbito Social

A los coordinadores o directores, como máximos representantes, de los Equipos Técnicos de cada uno de los Centros de Atención Temprana seleccionados en muestra.

b) Ámbito Sanitario

A los Jefes de los Servicios Hospitalarios, seleccionados en muestra, como máximos representantes de los mismos.

c) Ámbito Educativo

A los distintos profesionales que conforman los servicios de la Educación Infantil comunitaria por la aportación específica que cada uno de ellos puede tener en el terreno de la Atención Temprana desde el área de la integración educativa: Educador del Ciclo 0-3 años, Director de centros y miembros del Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana: Profesor de Apoyo, Psicólogo/Pedagogo, Trabajador Social y Logopeda.

B. Modalidad de acceso, elaboración y devolución de los mismos por el personal de la muestra seleccionada

La modalidad de acceso utilizada será la del *correo telegráfico*, adjuntando:

- La presentación del estudio a través de una breve exposición de su objetivo y características
- El cuestionario con la pertinente información e indicaciones para su correcta cumplimentación
- La modalidad de devolución una vez elaborado

5. PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS

El proceso de análisis de datos se llevará a cabo a través de las técnicas e instrumentos más ajustados a la naturaleza del estudio. Siguiendo a las propuestas de Pérez Álvarez (1991, 108) en el marco de la investigación descriptiva, distinguimos dos momentos diferenciales en este proceso, a partir de los que seleccionamos o concretamos las técnicas a utilizar:

- 1º El análisis de los datos recogidos
- 2º La elaboración de los mismos

Análisis de los datos recogidos

Atendiendo al tipo de instrumento creado, el cuestionario cerrado, utilizaremos como técnica: la *Plantilla de Tabulaciones o Matriz de Datos*.

Elaboración de los datos

En cuya elaboración utilizaremos la *Estadística Descriptiva*, con el objetivo de describir la realidad existente y La *Graficación Estadística*, como forma de representar, por medio de gráficos, la realidad de los datos que obtenemos, cuyo objetivo es el de traducir los datos numéricos que son abstractos y difíciles de relacionar con una forma concreta, comprensible y directamente observable. La graficación está en relación con los niveles de medición de los que partamos, siendo en nuestro caso el nivel ordinal, podemos hablar de algunos tipos de graficación concretos y propios a nuestro estudio, como son la de Pastel, de Barras y de Bastones.

CAPÍTULO 8

OPERATIVIZACIÓN DE LA VARIABLE

La Coordinación Interinstitucional en el Marco de la Atención Temprana

1. DELIMITACIÓN DEL MARCO CONTEXTUAL DE LA VARIABLE

La Atención Temprana como campo de actuación organizado

1.1 INTRODUCCIÓN

Sería imposible realizar un análisis de la coordinación sin realizar una alusión al campo de la organización; no podemos olvidar que, al fin y al cabo, la coordinación no es más que una estrategia de naturaleza organizativa.

A lo largo de este apartado trataremos de dar un primer paso en la comprensión y concreción de nuestra variable a través de una breve revisión de los aspectos organizacionales y sistemáticos de la Atención Temprana. Todo ello nos permitirá, en el segundo apartado, elaborar la operativización de la variable como último paso en la concreción de la misma, convirtiéndola así en un mecanismo mensurable.

La **organización** consiste básicamente en incorporar el orden y la coherencia a una determinada actividad a través de su sistematización, en la que juega un importante papel la división, distribución, asignación y relación de funciones entre todos aquellos elementos que de forma más efectiva y eficaz puedan llevarlas a cabo, con el fin de conseguir aquellas metas u objetivos previamente establecidos y que dirigen dicha actividad. Todo mecanismo organizativo contribuye al incremento de la calidad en la

medida que proporciona mayores niveles de efectividad y eficiencia en los objetivos o metas perseguidos.

La Atención Temprana es una tarea muy compleja por la cantidad de elementos que la conforman, así como por la cantidad de funciones que se desprenden del análisis de la meta y objetivos generales que persigue. La forma de asegurar la funcionalidad de este campo de actuación en términos de eficacia y eficiencia es a través de un modelo de organización capaz de dar respuesta a la diversidad institucional y funcional del mismo.

Podemos hablar de dos niveles de organización:

1º) Primer nivel de la organización: "división funcional"

- Análisis de la meta
- Delimitación de los objetivos de dicha meta
- Delimitación de las funciones que se desprenden de dichos objetivos
- Determinación de las entidades encargadas de desempeñar dichas funciones
- Distribución y asignación de las distintas funciones entre las distintas entidades implicadas en el proceso

2º) Segundo nivel de la organización: "coherencia funcional"

- Relación de las distintas funciones distribuidas y asignadas a las distintas entidades, buscando la coherencia y globalidad necesaria a un proceso que parte o se destina a una meta única y común
- Determinación de unos mecanismos de coordinación entre los distintos elementos o entidades implicados en dicho proceso

De forma complementaria, la organización, no sólo contribuye a la adquisición de determinados niveles de calidad en un proceso, sino que además tiene el poder de transformarlo en un sistema; algo que, lógicamente, ocurre en nuestro campo de estudio.

Un **Sistema** entendido desde el punto de vista de la organización, citando textualmente a Archilles de Faria Mello, sería:

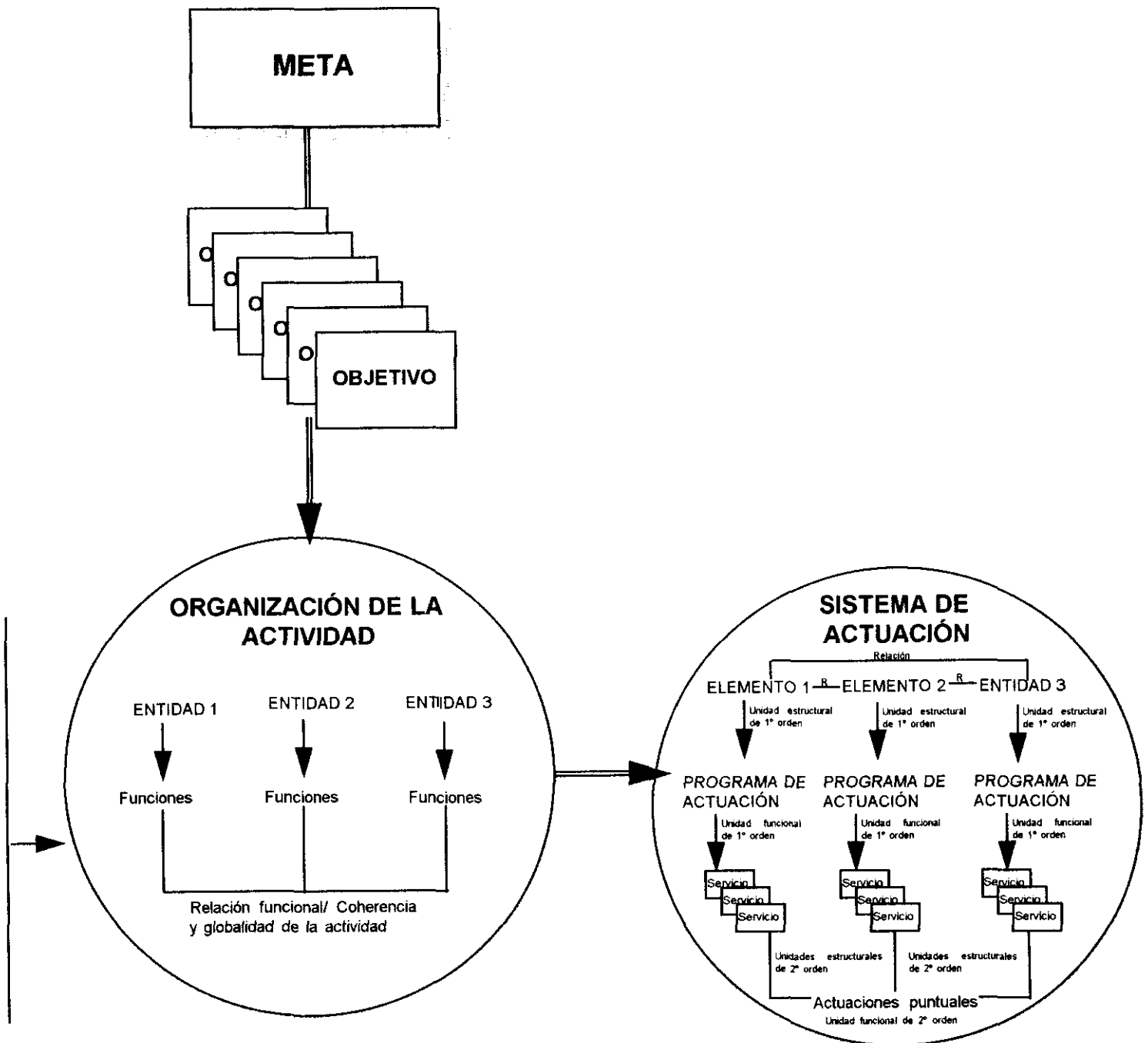
"un conjunto de partes u órganos interdependientes que interactúan y deben funcionar coordinada e integradamente; siendo por tanto, inherentes al concepto de sistema: 1) interdependencia entre las partes, 2) interacción entre ellas y 3) globalidad de la forma. Todo sistema se compone de órganos que deben actuar en armonía para el desempeño de una funcionalidad o finalidad. Las características de esta función y el papel de cada órgano componente, para la realización de la finalidad del sistema, determina el tipo, grado y complejidad de la interdependencia entre las partes y entre las partes y el todo" (Archilles de Faria Mello, F. 1996, 21)¹

Las partes u órganos específicos que integran un sistema de Atención Temprana serían, en primer lugar, los *organismos institucionales* implicados y, en segundo lugar, los *servicios*, agrupados bajo estos organismos institucionales, encargados del desempeño de la actividad y funcionamiento a merced de la meta o finalidad previamente establecida. Tanto la institución como el servicio, serían los módulos elementales de esta organización; ambas serían *unidades estructurales* donde se aglutinarían los programas e intervenciones puntuales, llamadas *unidades funcionales*.

- La "Institución" sería una unidad estructural de primer orden, y los "Servicios", una unidad estructural de segundo orden.
- El "Programa" sería una unidad funcional de primer orden, y la "Intervención Puntual", una unidad funcional de segundo orden.

¹ Archilles de Faria Mello (1996) Desarrollo organizacional, el enfoque integral. *Revista Siglo Cero*, 27(1), 163. 21-30

Gráfica 34



1.2 ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LA ATENCIÓN TEMPRANA COMO SISTEMA

Sólo podremos hablar de la consolidación definitiva de un sistema a partir de la consecución de los dos niveles básicos de organización por los que debe pasar un campo de actuación. Como todo proceso secuencial, no podremos lograr un segundo nivel de organización si previamente no hemos alcanzado el primero, y de la misma manera, no podremos hablar de la definitiva consolidación de un sistema, aunque sí de su puesta en marcha, hasta no haber culminado el segundo nivel organizativo, en el que las medidas en materia de coordinación constituyen el principal argumento de esta fase.

En los capítulos anteriores se ha podido comprobar que a través de su dimensión teórico-práctico, de la que emerge su propia meta, desglose de objetivos, análisis de funciones, distribución y asignación de la misma entre las distintas entidades implicadas, la Atención Temprana queda avalada como sistema, dejando bien patente la necesidad de alcanzar una globalidad y coherencia funcional en el proceso a través de la relación entre todos los elementos implicados, donde la coordinación pasa a ser el eje principal de dicha relación. Por tanto, y desde esta dimensión, podemos hablar de la presencia de los dos niveles de organización y de su consolidación como sistema concreto de actuación.

Pero, qué ocurre en el terreno de la materialización de dicha relación a través de unos *mecanismos* específicos de coordinación en el terreno de actuación práctica, ¿podemos seguir hablando de, no sólo de la puesta en marcha de un sistema de Atención Temprana, sino de su consolidación definitiva como tal a través del desarrollo de un segundo nivel organizativo?, ¿realmente existen unos mecanismos concretos de coordinación interinstitucional?

Seguidamente vamos a repasar la aportación del marco teórico-práctico, concretamente en lo referente a este segundo nivel de organización, para posteriormente realizar un breve análisis de la situación en la que actualmente se encuentra, por ser éste el nivel organizativo donde se ubica la variable que tratamos de estudiar. Aunque sin olvidar que todo avance en este segundo nivel de organización va estar fuertemente determinado por los avances y logros obtenidos en el primer nivel.

A) La contribución de su marco teórico-práctico

En los capítulos desarrollados hasta hora hemos podido ir comprobando el origen, desarrollo y situación actual de la Atención Temprana. Sintetizando lo más característico de esta evolución podemos señalar (*Gráfica 35*):

a) Dimensión teórica

1. La Atención Temprana cuenta con un marco científico que avala su actuación en el tratamiento de la deficiencia y el alto riesgo frente a la misma durante los primeros años de su aparición, con una clara finalidad de naturaleza preventiva. Este marco científico es el producto de una trayectoria multidisciplinar. La interdisciplinaridad se convierte, por tanto, en una meta indiscutible de cara a la obtención de un proceso unificado, global y coherente; lo que termina traducándose en términos de calidad de dicho proceso.

2. La Atención Temprana, además de una técnica específica de intervención en el campo de la prevención de la deficiencia, es un modo o enfoque de abordar el tratamiento temprano de ésta o el riesgo frente a la misma. Este modo o enfoque contempla, no sólo un tratamiento directo con el niño, a lo que podríamos denominar "bajo situación de laboratorio", sino, además, el control e influencia del ambiente donde el sujeto se va a desenvolver. Hablamos, por tanto, de una

integración del enfoque médico-rehabilitador, del enfoque psicopedagógico y del enfoque psicosocial.

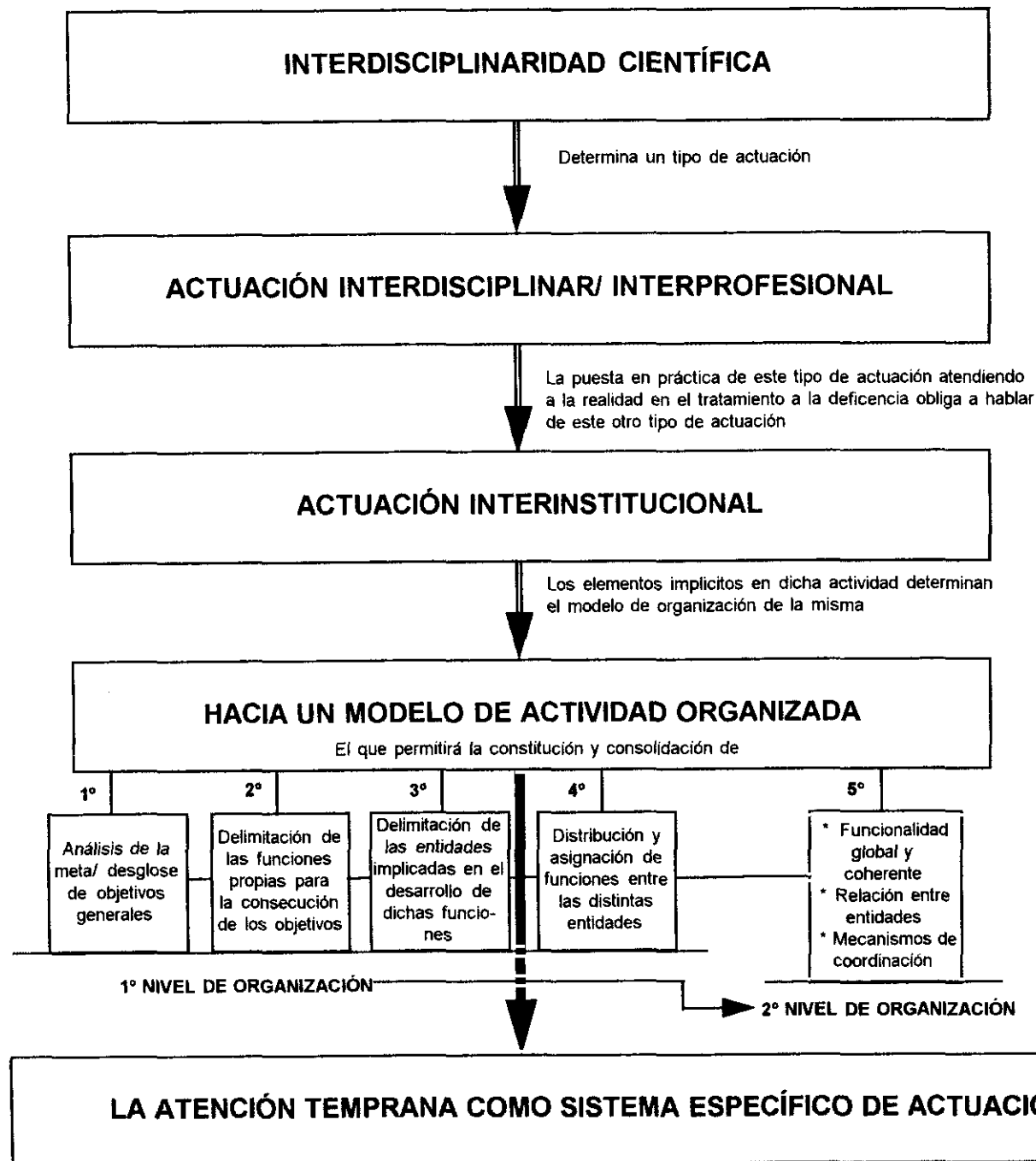
b) Dimensión práctica-normativa

3. Existe un marco normativo, tanto a nivel internacional, como nacional o comunitario, que, reconociendo las posibilidades que, desde esta dimensión científica, se ofrece al tratamiento preventivo de la deficiencia, avala la puesta en marcha y desarrollo de aquellas medidas capaces de acercarnos a una traducción práctica del mismo. Estas medidas tratan de conjugar dos principios elementales:

- La necesidad de asegurar una intervención de naturaleza interdisciplinar e interprofesional.
- La necesidad de atenerse a las medidas de descentralización y normalización en la prestación de servicios destinados a la población que sufre una deficiencia.

La disyuntiva que supone conjugar estos dos principios queda superada por una propuesta de actuación interinstitucional. Esta colaboración se contempla a través de la difusión y concreción de fórmulas específicas de coordinación.

4. Por tanto, podemos concluir, diciendo que la Atención Temprana comienza a vislumbrarse como un sistema, un sistema concreto de actuación en el área de la prevención de la deficiencia y sus efectos. Como todo sistema, tal y como hemos presentado en el punto anterior, cuenta con unos elementos y unos subelementos, instituciones y servicios estrechamente relacionados o encadenados entre sí, encargados de dar funcionamiento o actividad al mismo.



A su vez, dentro de la Teoría de los Sistemas, constituye un subsistema dentro de un sistema mayor, que no es otro que el sistema general de tratamiento a la deficiencia; desde el que, pese a compartir unas finalidades, objetivos, metodología y enfoque generales, desarrolla unas metas, objetivos, metodología y enfoque propios. Como la complejidad misma de la Teoría de los Sistemas, compleja es la relación que este sistema establece con otros, y no sólo con el que forma parte como subsistema, sino con otros, como es el del tratamiento a la infancia con el que, de alguna manera, también encuentra un punto de conexión o relación.

B. Sus limitaciones como sistema en el marco de actuación práctica

a) Introducción

Prácticamente, nadie o casi nadie, directa o indirectamente implicado en este campo disciplinar, pone ya duda alguna sobre su solidez científica o sobre su legitimidad práctica, pudiendo hablar de un consenso general en cuanto a su aplicación, extensión y difusión como una importante herramienta preventiva, necesariamente sustentada o apoyada por las políticas nacionales o comunitarias; pero, ¿podemos hablar de su consolidación definitiva como **sistema** más allá de su marco teórico y normativo?, o por el contrario, ¿nos encontramos todavía frente a una realidad con iniciativas que, aunque intensamente extendidas, difundidas y con una infraestructura más o menos sólida, carecen del acercamiento, complementariedad, coherencia, unidad y, en definitiva, de la organización suficiente para poder hablar de un riguroso sistema de actuación?. *¿Cuál es la realidad o el punto en el que se encuentra la Atención Temprana a nivel organizativo?, ¿atendiendo a este nivel de organización, podemos hablar realmente de su consolidación definitiva como sistema?*

No cabe la menor duda de la distancia existente normalmente entre el punto en el que se encuentran unas propuestas o iniciativas teórico-prácticas y la puesta en marcha de las mismas en el terreno práctico, sobre todo en los niveles más altos de concreción. Detectar la necesidad de dar un nuevo paso en la organización en el campo de actuación de la Atención Temprana, desde una reflexión, estudio y análisis de su trayectoria de manera más o menos pormenorizada, se ha convertido en una tarea muy fácil, teniendo en cuenta la evidencia con la que viene manifestándose en los últimos años la necesidad de interdisciplinaridad e interinstitucionalidad; aunque, como seguidamente veremos, no se va a convertir en algo tan fácil de materializar.

La Atención Temprana tiene un origen y trayectoria muy diversa y poco unificada a través de todos los elementos que la componen, dificultando notablemente cualquier intento reorganizativo de la misma, tal y como hemos podido comprobar a lo largo de todo el análisis teórico-práctico del apartado anterior. Pero, siempre es más fácil modificar, remodelar y reorganizar sobre una estructura mental o de razonamiento, por muy difícil que éste sea debido a la mayor amplitud o variedad de los elementos y complejidad de la relación entre ellos, que modificar o reorganizar sobre una estructura real, donde a veces lo más difícil no es la movilidad o transformación de los recursos materiales, sino, de los recursos humanos, en este caso, profesionales.

Nos encontramos con una necesidad de reorganizar un campo de actuación a partir de una nueva red de elementos y una nueva relación entre los mismos cuando cada uno de ellos han alcanzado previamente y a lo largo de los años una organización propia, a veces ya muy consolidada y, por tanto, con poca flexibilidad o apertura hacia el cambio, lo que las convierte en estructuras muy condicionadas, pero a la vez débiles y con bases muy elementales por sí solas, con la consiguiente repercusión sobre las prestaciones ofrecidas y, en última instancia, sobre la población a quién van destinados sus servicios.

Podemos asegurar que determinados acontecimientos surgidos en el ámbito de la Atención Temprana están limitando, frenando, enlenteciendo y, en definitiva, dificultando seriamente este proceso organizativo; un proceso organizativo que necesita dar un salto hacia el segundo nivel de organización basado principalmente en el diseño y puesta en marcha de un mecanismo de coordinación; pero, ¿cuál son estos acontecimientos?:

1. Hasta el momento no existe un organismo supremo que, englobando las tres instituciones implicadas: social, sanitaria y educativa, regule y determine la actuación interinstitucional en el tratamiento a la deficiencia en sus primeros momentos de aparición. Por tanto, no contamos con aquella institución general que posibilite una unificación y globalización del proceso, capaz de organizar, delimitar y coordinar las funciones emprendidas por cada una de estas instituciones.

Tampoco, ninguna de estas instituciones adopta un protagonismo sobre el resto, pudiendo así adoptar las funciones de un organismo supremo y general, marcando las pautas de una funcionalidad conjunta, organizada, unificada y coherente por parte de todas y cada una de las instituciones implicadas.

Hasta el momento, sólo podemos aspirar a fórmulas de colaboración interinstitucional. Estas fórmulas tienen que ser fruto de una participación equitativa entre todas y cada una de las instituciones implicadas, donde de forma conjunta se busque la propia organización, pero no el fruto de unas directrices generales y suprainstitucionales que determinen la actuación en este campo.

2. Por otro lado, y quizás como producto del punto anterior, no contamos con una legislación general en el marco de la Atención Temprana, legislación que pueda servir de marco normativo, con carácter vinculante, a toda la legislación desarrollada dentro de cada una de las instituciones implicadas. Este marco, una

vez más, podría otorgar la unidad y globalidad necesaria en este marco de actuación. Únicamente, desde el área social se realiza, desde su marco normativo, una llamada e implicación del resto de instituciones, concretamente de la sanitaria y educativa, aunque desde una perspectiva de colaboración más que desde un carácter fuertemente vinculante, algo muy común en una legislación de tipo social.

3. Actualmente, en el sistema de Atención Temprana, no están incluidos todos y cada uno de los elementos o unidades estructurales propias de este sistema, es decir, las instituciones y servicios implicados. Todavía queda un amplio camino que recorrer para llegar a contar con todos y cada uno de estos elementos, de forma especial, con los referentes al ámbito sanitario. Tampoco el nivel de participación o de funcionalidad esperada de cada una de estas unidades estructurales es equitativa ni la deseable, tal y como comentaremos en el siguiente punto. Por tanto, nos encontramos con grandes lagunas en el primer nivel de organización, favoreciendo muy poco el desarrollo del segundo.

4. La nueva prestación de servicios a la población con discapacidad, desde una dimensión lo más normalizada posible, así como las nuevas posibilidades que una detección y tratamiento temprano de los problemas de desarrollo infantiles abre en el tratamiento preventivo, obliga a los servicios ordinarios, de forma especial a los de naturaleza sanitaria y educativa, a emprender un nuevo camino en el estudio, comprensión e intervención en población con discapacidad o alto riesgo frente a la misma.

Este nuevo reto de cambio funcional dentro del campo profesional no es algo alcanzable en unos días, sino que requiere un proceso lento y progresivo. Más lento entre aquellos profesionales, servicios o instituciones en los que tradicionalmente se ha mantenido una mayor distancia con los problemas,

necesidades o posibilidades específicas de la deficiencia, bien por su propia filosofía de actuación, bien por las pocas posibilidades que la realidad de segregación en servicios especiales les ofrecía en la familiarización y tratamiento de esta población. Quizás el ámbito sanitario se encuentra más cerca de estas circunstancias menos favorables que el educativo. Una vez más nos encontramos con ciertas limitaciones dentro de un primer nivel de la organización.

5. Cada elemento o unidad estructural, institución, es a su vez un sistema, donde el tratamiento temprano de la deficiencia conformaría un subsistema dentro de éste. Por tanto, cada unidad o elemento cuenta con sus propios problemas de organización, estructuración y funcionalidad interna, donde también, la coordinación, coordinación interna, se transforma en un factor determinante. En la medida que cada una de estas instituciones, mantengan una unidad en su funcionamiento dentro de este ámbito, ciertos niveles de coordinación y coherencia en el desarrollo de sus tareas, podremos hablar del inicio de una coordinación externa, concretamente con otras instituciones.

Actualmente, los niveles de coordinación interna de cada una de las instituciones implicadas no es el más deseable de cara a emprender un camino en la coordinación externa. Una vez más, el ámbito sanitario, actualmente, y tras su nueva remodelación, se encuentra luchando todavía por una consecución de niveles cada vez más elevados de coordinación interna capaz de dar la coherencia necesaria a la asistencia sanitaria.

6. Todavía existe un excesivo grado de autosuficiencia en todos y cada uno de los niveles de actuación, a nivel profesional, de servicios e institucional. Esta autosuficiencia deja muy pocas posibilidades a la apertura hacia otros campos de actuación con objetivos o cometidos complementarios o comunes, limitando considerablemente las relaciones de colaboración y la coordinación de la

actividad con otros profesionales, servicios e instituciones. Todavía queda un largo camino que recorrer en la sensibilización de todos y cada uno de los elementos implicados en la Atención Temprana en la necesidad de la relación entre ellos, única forma de alcanzar la consolidación de la Atención Temprana como sistema, donde la relación entre sus elementos se convierte en requisito imprescindible. Una vez más tenemos que aludir al ámbito sanitario como uno de los elementos en los que encontramos menores niveles de sensibilización en este ámbito.

7. Por último, tenemos que hacer referencia a aquella situación específica, en la que pese a encontrarnos con una disponibilidad ante la coordinación profesional, concretamente interinstitucional, no se hallan los mecanismos ni las fórmulas concretas para poder emprender dicha tarea, ni en tiempo y espacio de trabajo, ni en infraestructura y organización, ni en recursos ni en metodología, es decir, hoy por hoy, se carecen de los recursos técnicos suficientes para emprender una labor de coordinación interinstitucional que no sea producto de una voluntad y disponibilidad personal de determinados profesionales, los que de manera informal establecen un contacto esporádico y asistemático, y como tal, a veces, frustrante e inoperante.

Pues bien, esta es la realidad en la que nos encontramos y la que nos delimita o determina cualquier intento de solución o configuración de una coordinación interinstitucional, bien sea ésta de naturaleza técnica o administrativa.

b) Las posibilidades frente a esta realidad

La vía de la solución técnica

Como solución técnica tenemos el diseño de aquellos mecanismos o fórmulas concretas de coordinación interinstitucional suficientes para poder emprender una

tarea coherente e interdisciplinar en el campo de la Atención Temprana. Estos mecanismos o fórmulas tendrán que contemplar unos recursos técnicos en materia de coordinación: un tiempo y espacio de todos los profesionales implicados en el desempeño de su actividad, así como una infraestructura y organización pertinente y una metodología concreta de actuación.

La vía de solución administrativa

Como solución administrativa entendemos, aquellas medidas que, directa o indirectamente, favorecen el diseño, la puesta en marcha y desarrollo de cualquier medida técnica en materia de coordinación, es decir, de aquellos mecanismos o fórmulas concretas de coordinación interinstitucional. Estas soluciones las encontramos a través de tres tipos de medidas posibles: Medidas de agrupación institucional, medidas normativas y medidas formativas.

→ "Medidas de agrupación institucional"

Esta agrupación interinstitucional puede establecerse en el marco específico de la Atención Temprana o en el marco más general del tratamiento de la deficiencia; o bien en dimensiones más amplias, en la que tenga cabida el desarrollo de un área específica en la que quede incluida. Al mismo tiempo, estas medidas puede llevarse a cabo a través de tres fórmulas distintas:

1. Un organismo supremo que englobe a las tres instituciones, guiando y comprometiendo la actuación de todas ellas; al mismo tiempo que posibilita las propuestas normativas generales, como marco legislativo a cualquier propuesta o norma dentro de cada uno de los servicios.
2. El protagonismo de una de ellas sobre el resto, la que haga las veces de organismo supremo, guiando y comprometiendo la actuación de todas; al mismo tiempo que posibilita las propuestas normativas generales, como marco legislativo a cualquier propuesta o norma dentro de cada uno de los servicios.

3. Un compromiso formal de todas y cada una de ellas en una participación conjunta y de colaboración con el resto; al mismo tiempo que se desarrolla en cada una de las instituciones una legislación en la que en todo momento se tenga presente la función de relación externa con los otros organismos implicados.

Estas medidas irían destinadas a :

- Buscar una participación de todos y cada uno de los elementos implicados en el tratamiento de la Atención Temprana
- Buscar el conocimiento y control exhaustivo en materia de Atención Temprana por parte de todos y cada uno de los profesionales, servicios e instituciones implicadas, consiguiendo así la participación y funcionalidad específica de cada uno de ellos en el proceso general.
- Buscar los mayores niveles de coordinación interna en materia de Atención Temprana.
- Buscar la concienciación y sensibilización de todas y cada una de las instituciones con la necesidad de apertura y colaboración con otros profesionales, servicios e instituciones en el desempeño de su labor en el ámbito de la Atención Temprana.

→ Medidas normativas

Quedan sujetas a a las mismas características señaladas anteriormente en las medida de "*Agrupación Institucional*".

→ Medidas formativas

Las medidas formativas son las de carácter más indirecto y quizás las de resultados más a largo plazo, pero no por ello dejan de ser unas medidas importantes en la consecución de los objetivos en materia de coordinación. Estas

medidas irían destinadas a potenciar la formación de los distintos profesionales implicados en la Atención Temprana en materia de:

- Tratamiento temprano de la deficiencia y el alto riesgo frente a al misma. Conocimiento de las necesidades específicas de esta población y sus posibilidades en la prevención de la deficiencia y los efectos de la misma. Buscando así una mayor implicación en la actuación profesional en este campo y una labor más ajustada y exhaustiva frente estas necesidades y posibilidades.
- La necesidad de apertura y labor conjunta con otros profesionales implicados en la Atención Temprana en el desempeño de su función dentro de este campo.

Hacemos referencia, tanto a una formación inicial como permanente, en la que tiene lugar el reciclaje de los profesionales ya formados.

C. El camino hacia su materialización como sistema a partir del desarrollo de unos mecanismos de coordinación interinstitucional.

a) Introducción

Está claro que una cosa es el diseño de unos mecanismos de coordinación interinstitucional como *estrategia técnica*, y otra muy distinta es la aplicación de dicho diseño a través de un plan o programa específico de puesta en marcha, lo que se encontraría más en un plano de *estrategia administrativa*.

Pero el primer paso y la necesidad más urgente la encontramos en el diseño de *mecanismos concretos de coordinación*, como una primera medida puramente técnica. Una vez concretados, podremos comenzar un camino hacia su implantación, aplicación y difusión, un camino que suele ser mucho más lento que el diseño en sí, pero que sin una

previa planificación y concreción carecería de significado, ¿qué tenemos que poner en marcha?, ¿cuáles son las medidas a tomar si desconocemos qué es lo que de forma concreta tenemos que poner en marcha?.

El paso más importante en la definición de la variable es la delimitación de la *coordinación interinstitucional en el ámbito de la Atención Temprana desde una perspectiva puramente técnica y no administrativa*, ¿cuáles son los mecanismos de coordinación interinstitucional que favorecen y posibilitan la deseada actuación interdisciplinar en el campo de la Atención Temprana en base a la función que cada institución tiene asignada en este ámbito de intervención?.

b) El diseño de los mecanismos de coordinación interinstitucional desde una dimensión técnica

Unos mecanismo de coordinación están diseñados fundamentalmente a partir de un *sistema de comunicación*. Esta claro que una coordinación sin comunicación nunca tendría lugar, pero sin olvidar que esta comunicación tiene que ser algo más que un traspaso de información sin más, sino que tiene que servir de guía a la actividad desempeñada en cada una de las instituciones. Ello supone que el sistema de comunicación debe estar basado, además de en una transferencia de la información, como un proceso lineal, en un *sistema de retroalimentación*, permitiendo un *feedback* de la información, como un proceso circular. Damos así una posibilidad a la contrastación y a la aportación propia por parte del receptor, el que a su vez se convierte en emisor.

Este sistema de comunicación se convierte en un importante vehículo de intercambio y contrastación de información, con el fin de mejorar la labor de cada uno de los servicios prestados, así como de derivación pertinente de casos ante las distintas necesidades que pueden presentar los sujetos, necesidades susceptibles de ser atendidas por los distintos los servicios implicados.

El diseño de unos mecanismos de coordinación a partir un sistema de comunicación cuenta con:

1. Unas entidades, elementos o unidades estructurales en relación, que no son otras que las propias del sistema de Atención Temprana

Unidades estructurales de primer orden

Institución sanitaria
Institución social
Institución educativa

Unidades estructurales de segundo orden

Servicios médicos
Servicios sociales
Servicios educativos

2. Unos nexos de unión de dichos elementos, los que permiten la relación entre ellos

Vías o canales de comunicación

Mecanismos por los que se va a realizar el traspaso de dicha información y derivación. Mecanismo de entrada, mecanismo de transmisión y mecanismo de salida.

3. Un contenido de la relación entre las distintas instituciones en función de los cometidos específicos de cada una de ellas

Elementos de la coordinación

- 1) La derivación de los casos
- 2) La transferencia de la información, en cuanto a:

- Valoraciones, diagnósticos y pronósticos
- La intervención, tanto a nivel familiar como con el sujeto en cuestión
- El seguimiento y control de la evolución del sujeto

3) El feedback de dicha información

4. Unas unidades funcionales

Unidades funcionales de primer orden

Programas de actuación

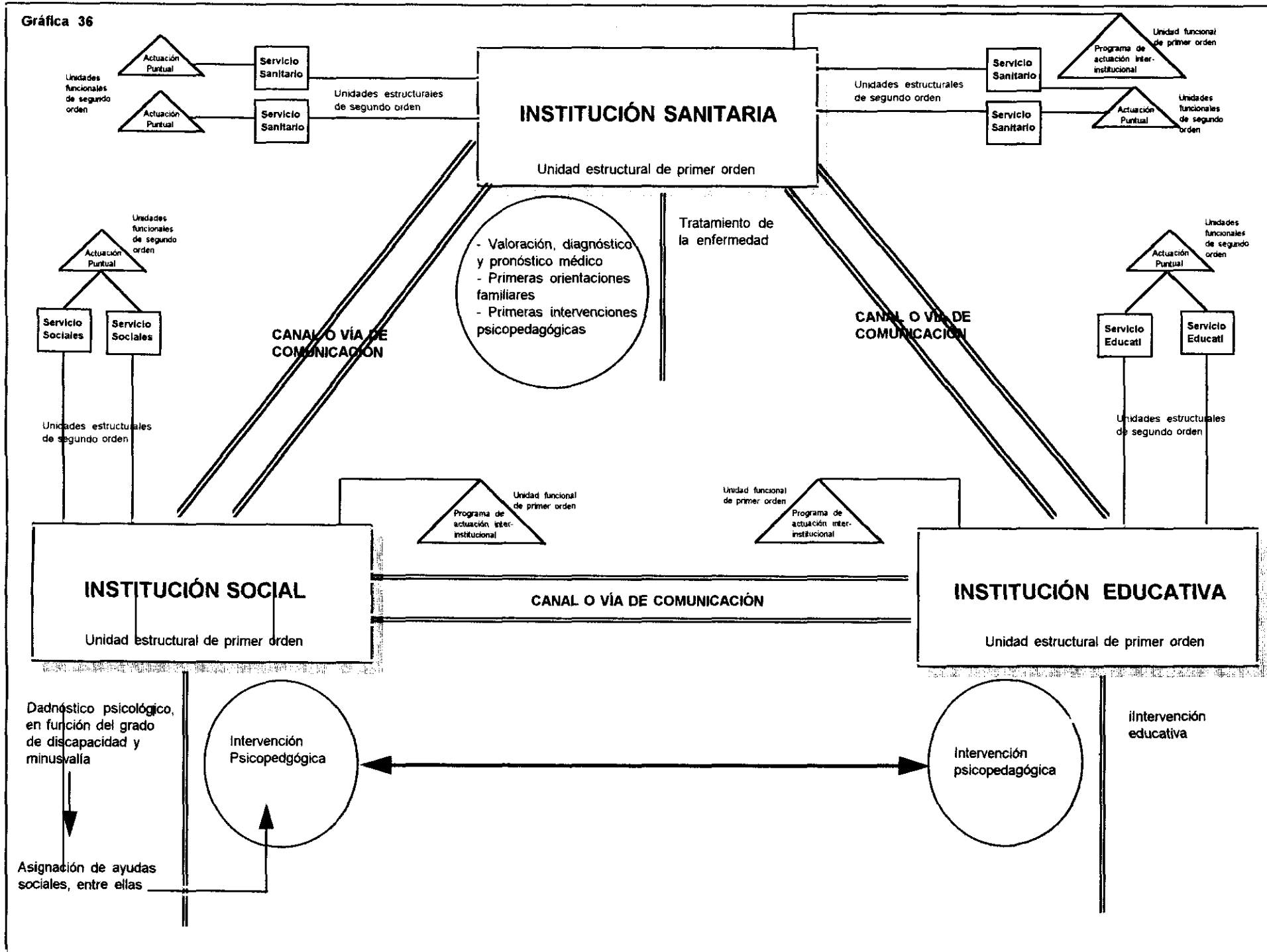
Unidades funcionales de segundo orden

Actuaciones puntuales emprendidas en todos y cada uno de los servicios

A través de estas unidades funcionales se establecerán los criterios en base a los que se van a realizar la derivación de los casos y el intercambio de información a través de los canales o vías de comunicación previamente establecidas:

- **Derivación.** Qué casos serán los susceptibles de derivación, a qué servicios, quién lo hará y en qué momento; con qué información o solicitud se van a realizar dichas derivaciones.
- **Traspaso de información.** En términos de transmisión y feedback. En qué casos se realizará un intercambio de información, cuál será concretamente la información traspasada en todos y cada uno de los casos, a qué servicios se realizará, quién lo hará y en qué momento, cuál será la codificación y decodificación de la información.

Gráfica 36



2. OPERATIVIZACIÓN DE LA VARIABLE

La coordinación interinstitucional en el ámbito de la Atención Temprana

2.1 INTRODUCCIÓN

Tal y como concluíamos en el apartado anterior en un primer acercamiento a la definición y concreción de la variable, la puesta en marcha de una coordinación interinstitucional desde una perspectiva puramente técnica, nos lleva al diseño y creación de unos determinados mecanismos de coordinación interinstitucional. Estos mecanismos se convierten en la herramienta principal de cara a la concreción y materialización del objetivo perseguido con esta coordinación: *la consecución de una actividad coherente, unificada y globalizadora en el terreno de la prevención de la deficiencia y sus efectos*.

¿Qué entendemos por mecanismos de coordinación?

Los mecanismos de coordinación son aquellos que permiten emprender, por parte de todos y cada una de las entidades implicadas en la labor de la Atención Temprana, una *actuación en permanente relación con el resto de las entidades* a través de los servicios que las conforman.

¿Cuál es el contenido de dicha relación entre instituciones?

El contenido de esta relación está basado en la realidad que rodea el tratamiento temprano de la deficiencia o el alto riesgo frente a la misma:

1. Necesidad que presenta el niño y su familia de recibir un tratamiento capaz de cubrir todas y cada una de sus necesidades/ "La relación en base a una derivación"

Cada una de las instituciones, a partir de los servicios que la conforman, debe ser conscientes de que todo niño de 0-3 años susceptible de tratamiento temprano tiene unas necesidades que no pueden ser cubiertas en su totalidad por el tratamiento que ofrecen los servicios propios de una de las instituciones. Cada una de las necesidades deben ser tratadas en el ámbito institucional capaz de dar un tratamiento lo más ajustado posible a las mismas. Por tanto, cada una de las instituciones deben alentar, favorecer y asegurar que el niño, además de recibir el tratamiento pertinente dentro de su propio marco institucional, reciba, a su vez, el tratamiento en el resto de entidades capaces de cubrir todas y cada una de las necesidades que presenta el sujeto.

Por ejemplo, la institución sanitaria debe ser consciente de que el niño y su familia, además de necesitar un diagnóstico, valoración y pronóstico, necesitan de una intervención psicopedagógica y de una educación en un contexto lo más normalizado posible. Necesidades ambas tratadas en los servicios de las entidades social y educativa.

Al mismo tiempo, la institución social, donde el niño y su familia pueden estar recibiendo su tratamiento de intervención psicopedagógica, debe ser consciente de la necesidad que esta intervención tiene de una valoración, diagnóstico y pronóstico clínicos en cada una de las dimensiones orgánicas más susceptibles debido a su situación específica de deficiencia o alto riesgo. También desde este tratamiento de intervención psicopedagógica, se debe tener presente la necesidad que el niño tiene de recibir un tratamiento educativo normalizado, junto con sus iguales y alcanzando las mayores cuotas posibles de integración educativa y, por tanto, de integración social. Necesidad que debe ser cubierta desde la

institución educativa, contemplado en la regulación del sistema educativo ordinario, concretamente desde los servicios de educación infantil de naturaleza comunitaria o local.

Por último, la institución educativa debe tener presente la necesidad que estos niños presentan de recibir un tratamiento específico de naturaleza psicopedagógica y de fuerte carácter individual, el que no puede, ni debe, ser cubierto bajo una dinámica escolar. Por tanto, desde esta institución se debe buscar los servicios propios de otras instituciones que puedan abordar este tipo de necesidad, normalmente la correspondiente al ámbito social.

El niño de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma debe poder recibir tratamiento de forma paralela y complementaria en todos y cada uno de los servicios propios de cada una de las instituciones: sanitaria, social y educativa, porque cada uno de ellos va destinado a cubrir un tipo de necesidad que presenta durante este periodo de su vida. Cada una de estas instituciones tienen que participar activamente para que se dé esta realidad. Esta participación tiene lugar a través de la llamada **derivación**, o lo que es lo mismo, a través de la solicitud de servicios capaces de cubrir las necesidades que en ese momento presenta el sujeto y que la entidad que lo atiende no puede cubrir por sí sola. La derivación de casos de uno a otro servicio exige mantener una estrecha relación entre los organismos implicados y, por tanto, una permanente comunicación entre ellos.

2. Necesidad que presenta cada una de las instituciones, en su tratamiento temprano de la deficiencia, de emprender una actividad a partir de la labor que, de forma paralela y complementaria, tiene lugar en el resto de entidades implicadas en este tratamiento/
"La relación en base a un intercambio de información"

Cada institución debe ser consciente de que su actuación a través de los servicios que la conforman está fuertemente condicionada o determinada por la labor emprendida en el resto de instituciones donde el niño recibe tratamiento.

En el ámbito sanitario se debe tener en cuenta que una determinada valoración, diagnóstico o pronóstico clínico tiene que servir de base al diagnóstico y al diseño de una intervención temprana de carácter psicopedagógico, donde las repercusiones orgánicas a nivel funcional se convierten en el eje de dicha intervención. Además, se debe considerar que todo acontecimiento clínico transcurrido, toda intervención familiar o con el niño iniciada en el contexto hospitalario se convierten en datos muy relevantes para el diseño de dicha intervención.

En el ámbito de intervención psicopedagógica, normalmente propio de la entidad social a través del apoyo y difusión de los llamados centros de Atención Temprana, se debe tener presente que cualquier dato relativo a los efectos de la intervención a lo largo de la evolución del sujeto a nivel funcional contiene una valiosa información para la exploración y valoración clínica en cualquiera de las dimensiones orgánicas del niño.

De la misma manera, la información en cuanto a los contenidos de la intervención psicopedagógica, a los resultados de la misma y al estado del niño y de su familia es una información importante para el ámbito escolar donde se encuentra integrado el niño. Supone evitar solapamientos en los tratamientos, llevar una linealidad y una complementariedad en la intervención, al mismo tiempo que sirve de ayuda y apoyo a la intervención educativa en el contexto escolar, puesto que supone un mayor conocimiento de las necesidades concretas del niño debido a que esta información proviene de un estudio y tratamiento de naturaleza

individualizada, algo que en una situación grupal, como es la de la escuela, se convierte en algo más difícil.

El ámbito escolar; también desde el ámbito escolar es importante la información que puede aportar, de forma especial a la intervención psicopedagógica emprendida en los centros de Atención Temprana. Información en cuanto al tratamiento educativo llevado a cabo con el niño, a la evolución del niño, a su situación familiar y a su desenvolvimiento entre sus iguales en un contexto social normalizado. Todo ello tiene una clara repercusión en el diseño de la intervención psicopedagógica del niño.

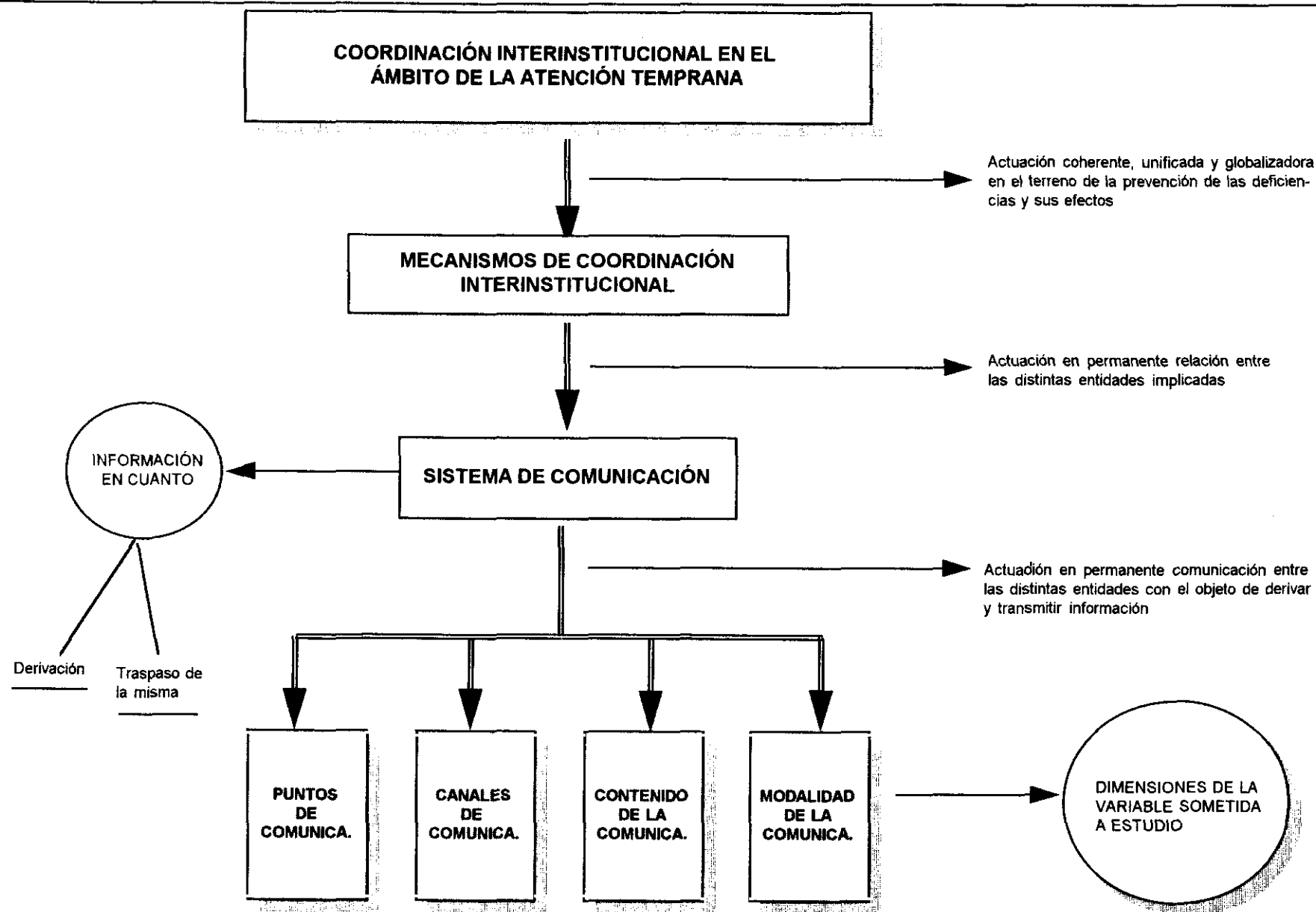
Todos y cada una de las entidades implicadas tienen que participar activamente en esta consideración de la labor emprendida en otras instituciones donde el niño es tratado. Esta participación tiene lugar a través del llamado **intercambio de información**. También el intercambio y contrastación de información entre uno y otro servicio supone mantener una estrecha relación entre todos los organismos implicados y, por tanto, al igual que en la *derivación*, una permanente *comunicación entre ellos*.

Podemos concluir diciendo que la puesta en marcha de unos mecanismos de coordinación, en base a la relación entre las instituciones implicadas, tiene lugar a partir del diseño y creación de un **sistema de comunicación**.

Este sistema permitirá establecer unos mecanismos de traspaso de información, bien con objeto de realizar una derivación, bien con el objeto de un intercambio y contraste de la misma, entre las distintas entidades; y por tanto, permitirá el desarrollo del contenido de dicha relación. Todo Sistema de Comunicación cuenta con los siguientes elementos

(Gráfica 37):

Gráfica 37



1. Unos puntos de conexión o comunicación: emisor, receptor/ **¿quién se comunica?**
2. Unos canales de comunicación: que van desde un punto a otro de comunicación, permitiendo el traspaso o la afluencia de la información/ **¿cómo se comunican?**
3. Un contenido de la comunicación: el que determina la información específica a transmitir entre uno y otro punto/ **¿qué se comunica?**
4. Una modalidad de comunicación: La que configura el modo que va tener dicho traspaso de información/ **¿cuáles es el plan de comunicación?**

Estos cuatro elementos constituyen las principales dimensiones o *indicadores* de nuestra variable, y a partir de su desarrollo y concreción, tarea del siguiente apartado, habremos alcanzado la operativización de la misma, permitiéndonos la obtención de:

- las distintas categorías de la variable
- los distintos valores que puede asumir
- los distintos niveles en los que se nos puede presentar

2.2 LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO DE LA A.T A PARTIR DEL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN

LAS DIMENSIONES DE LA VARIABLE: INDICADORES Y CATEGORÍAS

Partimos de cuatro grandes dimensiones, en las que se incluyen una serie de indicadores con sus respectivas categorías, permitiendo la categorización de la variable.

- "Intencionalidad Comunicativa": un indicador

- "Actividad Comunicativa": cuatro indicadores
- "Formalización de la Actividad Comunicativa": un indicador
- "Valoración de la Actividad Comunicativa Mantenido": dos indicadores

A. Primera Dimensión: la "Intencionalidad Comunicativa"

- Indicadores -

a) "Sensibilización con la Necesidad de una Comunicación"

Lo primero que tiene que darse en el cometido de la comunicación es un interés por la misma, es decir, considerar que esta comunicación va a aportar algo a la tarea profesional desempeñada. ¿La información que tienen otros ámbitos de actuación tiene algún valor para mi actividad?

- Categorías -

Pueden darse distintos grados, desde nada sensibilizado a mucho, pasando por un término medio.

B. Segunda Dimensión: la "Actividad Comunicativa"

- Indicadores -

a) Los "Puntos de Contacto y Conexión"

Los puntos de comunicación son aquellos que hacen las veces de *emisores* o *receptores* de la información transmitida. Si queremos hablar de una comunicación entre dos puntos, en este caso dos instituciones, servicios o profesionales, tendremos que asegurarnos su implicación como puntos de contacto.

- Categorías -

De la mayor o menor generalización de las distintas instituciones, servicios y profesionales que cumplen un papel en la emisión y recepción de la información.

b) Los "Canales o Vías de Comunicación"

Una vez que hemos concretado los puntos que van a servir de emisión y recepción de la información entre ellos, nos encontramos en disposición de delimitar cuáles van a ser las vías que hagan posible esta conexión, permitiendo el traspaso de la información.

- Categorías -

Atendiendo a las distintas vías o canales de comunicación posibles, asumimos tres categorías, de la más básica y elemental, como es la verbal, a la más avanzada y perfeccionada, como es la informática.

→ "Vía Verbal"

- A través de la propia familia del niño
- A través de un contacto personal entre profesionales
- A través del contacto telefónico entre profesionales

→ "Vía Escrita"

- A través de la familia del niño
- A través del correo
- A través de la línea del fax

→ "Vía Telemática"

- A través de la red INTERNET con acceso conmutado

1) Dos puntos, a partir de dos P.C. quedan unidos y comunicados a través de la red INTERNET, lo que les va a permitir mandarse "mensajes" o

información a través de un buzón, en los que se pueden dejar por el emisor y recoger por el receptor. También se pueden mandar ficheros entre ellos. El acceso a esta red, al ser conmutado, supone que te conectas en el momento que quieres mandar el mensaje, y te desconectas en el momento que acabas de emitirlo. Se utiliza un número y una dirección, al igual que el teléfono, y, al igual que en éste, pagas por su uso.

2) También un punto, con un P.C., y otro punto con un Ordenador Central, pueden permanecer conectados, beneficiarse del correo electrónico y del envío de ficheros, pero a su vez, de que el punto del P.C pueda acceder, como consulta, a algún fichero perteneciente al ordenador central, es decir, a una determinada base de datos.

- A través de la red X.25

Supone el contacto entre dos puntos a partir de dos ordenadores centrales, los que funcionarían como una unidad, compartiendo la información equitativamente. No sólo se beneficiarían de un correo electrónico, sino del acceso a ficheros en común, en los que podrían mantener una base de datos compartida.

Además, un tercer punto, a través de un P.C., podría acceder a un correo electrónico con ambos puntos, además de tener un acceso a la base de datos o fichero compartido, aunque sólo bajo una modalidad de consulta.

- A través de una línea PUNTO a PUNTO (alquilada/dedicada)

También, al igual que en la red X.25, supone el contacto entre dos puntos a partir de dos ordenadores centrales, aportando los mismos beneficios, pero de forma más sofisticada y eficaz.

c) El "Contenido de la Comunicación"

El contenido de la comunicación viene determinado tanto por los *puntos* que establecen la comunicación, como por el papel que desempeña cada uno de ellos en esta comunicación, es decir, el de la emisión o el de la recepción. Analicemos detenidamente,

a la vez que vamos exponiendo su categorización, cuál puede ser éste contenido y en función de qué.

→ "Comunicación entre: ámbito sanitario como *emisor*/ ámbito social como *receptor*"

1. *Derivación de un caso*. La detección de una deficiencia o un alto riesgo frente a la misma durante los primeros años, obliga a los servicios hospitalarios a derivar el caso a un centro donde pueda recibir el tratamiento psicopedagógico pertinente con el fin de evitar o reducir los efectos de la deficiencia. Esta derivación debe ir acompañada de la siguiente transmisión de información:

- En los casos en los que aparezca un alto riesgo ante la deficiencia, aunque ésta no sea haya instalado como tal: "exposición de la situación de riesgo en la que se encuentra el sujeto, así como el resultado de todas las pruebas, exploraciones y valoraciones que se hayan realizado"
- Cuando se haya instalado una deficiencia: "diagnóstico clínico realizado por parte de todos y cada uno de los servicios en los que haya tenido lugar un examen y valoración del niño. En este diagnóstico se debe presentar las repercusiones funcionales que se estiman a partir de la anomalía detectada. A su vez, debe ir acompañado de un pronóstico de la evolución clínica esperada y también de las repercusiones funcionales de esta evolución"
- Bajo una situación en la que el niño haya nacido en el hospital o haya permanecido ingresado en él: "acontecimientos clínicos y socioambientales más relevantes que han tenido lugar durante esta estancia"
- "Actitud familiar frente al problema del niño". En el caso de haberse dado una intervención familiar: "principales líneas de actuación y de los acontecimientos y resultados más relevantes de la misma"
- En el caso de haber iniciado algún tratamiento temprano de carácter psicopedagógico en el ámbito hospitalario: "líneas más elementales de esta

intervención, así como de los acontecimientos y resultados más significativos"

- "Fechas y objetivos de las próximas revisiones sanitarias a través de los distintos servicios en los que se va a mantener un seguimiento y control clínico del niño"

2. *Revisión o valoración sanitaria*, bien porque le correspondía como seguimiento y control clínico, bien porque ha sido derivado para un examen y diagnóstico específico por el centro de Atención Temprana donde el niño recibe el tratamiento psicopedagógico pertinente, o bien porque se ha presentado un nuevo problema o un ingreso en el hospital. Todo ello debe ir acompañado de la siguiente información:

- En el caso de ser una mera exploración solicitada por el centro de Atención Temprana: "diagnóstico clínico realizado por parte de todos y cada uno de los servicios en los que haya tenido lugar el examen y valoración del niño. En este diagnóstico se debe presentar las repercusiones funcionales que se estiman a partir de la anomalía detectada". En el caso de ser una revisión: "cambios más destacables que se han dado desde la última exploración, así como de las expectativas frente a los mismos"
- En ambos casos: "fecha y objetivo de la nueva revisión en caso que se haya determinado pertinente la misma"
- Cuando haya tenido lugar una nueva complicación orgánica o un proceso de hospitalización o intervención quirúrgica: "valoración y diagnóstico del padecimiento del niño y de sus repercusiones a nivel funcional, así como sobre los acontecimientos clínicos y socioambientales más relevantes en caso de haber sido ingresado"

- Categorías -

Las categorías asumidas son la de la derivación y la de la revisión o valoración sanitaria.

→ "Comunicación entre: ámbito social como *emisor*/ ámbito sanitario como *receptor*"

1. Derivación de un caso. Esta derivación tiene lugar a partir de una solicitud de exploración y valoración clínica sobre algún aspecto orgánico del sujeto. Normalmente, esta valoración puede suponer el descarte o confirmación de un determinado déficit orgánico que esté frenando el desarrollo del niño en alguna o todas sus áreas; por tanto, esta valoración tiene una repercusión directa sobre el diseño de la intervención. Esta derivación tiene que ir acompañada de la siguiente información:

- Cuando se dé una derivación a un servicio en el que el niño ya ha sido revisado con anterioridad: "valoración psicopedagógica de la situación en la que se encuentra el sujeto respecto a su desarrollo, sobre todo en el área o áreas que se pueden ver más comprometidas por la anomalía orgánica susceptible de valoración, y en aquellas manifestaciones funcionales que el sujeto presenta que hacen plantearse una posibilidad de padecimiento del déficit orgánico"
- Cuando la derivación sea a un servicio en el que el niño nunca ha sido revisado o valorado con anterioridad, además de la información anterior: "breve resumen del cuadro o historial clínico del niño"

2. Revisión y control clínico. En el momento que el niño va a pasar a una revisión o control por alguno de los servicios sanitarios en el que quedan implicadas alguna o todas las áreas de su desarrollo, se dará la siguiente información:

- "Tipo de tratamiento o tratamientos que el niño recibe en el momento"
- "Valoración psicopedagógica sobre la evolución de su desarrollo, donde aparezca los cambios más importantes a nivel funcional en el área o áreas

más directamente implicadas en el aspecto orgánico susceptible de revisión"

- Categorías -

Las categorías asumidas son la de la derivación y la de la revisión y control clínico.

→ "Comunicación entre: ámbito social como *emisor*/ ámbito educativo como *receptor*"

1. *Derivación de un caso*. Desde los servicios específicos de Atención Temprana se debe buscar el acceso del niño al ámbito educativo, el que le proporcionará la posibilidad de la integración entre sus iguales en un contexto normalizado, es decir, el acceso a la educación infantil. El contenido de la información será el siguiente:

- "La valoración y diagnóstico clínico y psicopedagógico del niño"
- "La modalidad y tipo de tratamiento que está recibiendo el niño en el centro"
- "El ambiente familiar y su repercusión sobre el desarrollo o evolución del niño"

2. *Complementariedad del tratamiento* establecido en el centro con los servicios educativos. Esta complementariedad obliga a mantener un contacto formal y sistemático con el ámbito educativo. Cualquier tipo de información que pueda tener una repercusión en el diseño de la intervención educativa debe ser objeto de este contacto El contenido de la información será el siguiente:

- "Los objetivos y contenidos de la intervención, así como la justificación técnica de dicha intervención"
- "Los aspectos más relevantes de la relación de los padres con el niño, la incidencia o influencia de la familia sobre su desarrollo y el tipo de intervención emprendida en este ámbito"

- "Los datos más significativos en la evolución del niño, así como los nuevos cambios de su situación funcional a nivel psicofísico en todas y cada una de las áreas de su desarrollo"
- "Cualquier cambio en la valoración y diagnóstico clínico del niño"
- "Cualquier cambio en la modalidad y tipo de tratamiento que está recibiendo el niño en el centro"

- Categorías -

Las categorías asumidas son la de la derivación y la de la complementariedad del tratamiento.

→ "Comunicación entre: ámbito educativo como *emisor*/ ámbito social como *receptor*"

1. *Derivación de un caso.* Desde los servicios educativos, una vez valorado un caso de necesidades educativas especiales, y confirmado el hecho de no estar recibiendo un tratamiento específico de Atención Temprana, se debe asegurar que éste tenga lugar a través de la derivación pertinente a un centro de Atención Temprana. El contenido de la información será el siguiente:

- "La valoración de las necesidades educativas especiales del niño, así como de las situaciones escolares en las que presenta mayores limitaciones o problemas"
- "La modalidad educativa en la que se encuentra el sujeto"
- "El papel de la familia y su repercusión sobre el desarrollo o evolución del niño"

2. *Complementariedad del tratamiento* establecido en la escuela infantil con los servicios sociales o centros de Atención Temprana. Esta complementariedad obliga a mantener un contacto formal y sistemático con el ámbito social. Cualquier tipo de información que pueda tener una repercusión en el diseño de la

intervención psicopedagógica de los centros de Atención Temprana debe ser objeto de este contacto. El contenido de la información será el siguiente:

- "Los objetivos y contenidos de la intervención educativa y las características de las adaptaciones curriculares realizadas, así como su justificación técnica"
- "Los acontecimientos familiares más significativos en el contexto escolar, concretamente en lo referente al comportamiento y participación de la misma en el proceso educativo del niño"
- "Los acontecimientos escolares más relevantes en cuanto":
 - a autonomía personal: higiene, alimentación y sueño
 - a la relación con sus iguales
 - a la relación con los adultos
 - a la adaptación general a la dinámica escolar.
- "Los datos más significativos de la evolución educativa del niño y su situación respecto al momento evolutivo en el que se encuentra respecto a sus compañeros"

3. Cambio en la modalidad educativa en la que se encuentra el sujeto. Es conveniente que cualquier iniciativa escolar en este terreno sea contrastada con los profesionales del centro donde el niño recibe tratamiento de Atención Temprana, debido fundamentalmente a la extensa información que éstos tienen sobre las posibilidades funcionales del niño de cara a enfrentarse a esta nueva modalidad educativa. El contenido de la información será el siguiente:

- "Las propuestas de modalidad educativa que se ofrecen al sujeto":
 - un cambio de plaza de integración a plaza ordinaria o viceversa
 - permanecer en un mismo nivel educativo
 - promocionar de nivel educativo dentro de la propia escuela
 - salir a una nueva escuela infantil por no contar con el nivel educativo que necesita el niño

- ingresar en un colegio ordinario ocupando plaza de integración a partir de los 3 años
- ingresar en un colegio ordinario pero sin ocupar plaza de integración
- ingresar en un colegio de educación especial a partir de los 3 años, bien a través de la oferta pública o privada
- "La justificación técnica de las mismas"

- Categorías -

Las categorías asumidas son la de la derivación, la de la complementariedad del tratamiento y la del cambio en la modalidad educativa.

d) La "Modalidad de la Comunicación"

La modalidad o **plan de comunicación** se convierte en un elemento imprescindible de cara a la materialización y concreción de la misma. Dentro de un sistema de comunicación constituiría las llamadas unidades funcionales, bien unidades funcionales de primer orden, como son los *programas de comunicación*; bien, unidades funcionales de segundo orden, como son las *actuaciones puntuales* en esta materia.

Este plan no es otra cosa que el diseño de un programa de actuación en materia de comunicación interinstitucional; es el diseño de unas actividades y metodología concretas a partir de unos objetivos y contenidos previamente elaborados.

- Categorías -

Las categorías están formadas por el grado de sistematización de la actividad comunicativa emprendida. Sistematización que viene determinada por la mayor o menor concreción de los momentos, los lugares o el formato escrito a utilizar en dicha comunicación, teniendo en cuenta los canales o vías de comunicación existentes, así como el contenido y los profesionales encargados de la misma.

C. Tercera Dimensión: la "Formalización de la Actividad Comunicativa"

- Indicadores -

a) Los "Contratos de Colaboración"

Una vez que aseguramos la existencia de una actividad comunicativa es importante que ésta quede sujeta a un contrato, convenio o programa que implique la colaboración y actuación general. Cumple dos objetivos, asegurar la participación de todos y cada uno de los elementos englobados en el sistema y asegurar y posibilitar la adecuada actividad comunicativa.

En función del compromiso adquirido bajo estos "contratos", así como de las posibilidades que éste ofrece, podrá asegurar mayores o menores cuotas de calidad en dicho proceso.

- Categorías -

Las distintas categorías que puede asumir este indicador, van desde una formalización básica, a través de un compromiso verbal de dos puntos de conexión, hasta una formalización basada en un programa general de coordinación interinstitucional en el ámbito de la Atención Temprana, pasando por distintos niveles de formalización, como son los convenios de colaboración o programas específicos entre dos servicios, entre un grupo de servicios de un sector o entre dos instituciones.

D. Cuarta Dimensión: la "Valoración de la Actividad Comunicativa Mantenida"

Independientemente de la sensibilización, la actividad comunicativa y su formalización, es importante contar con la valoración de los actuales elementos integrantes del sistema

de comunicación sobre el *producto* y el *proceso* de la actividad emprendida en el marco de este sistema:

- sobre la *información* recibida y solicitada, objetivo principal de este sistema
- sobre los *niveles de coordinación* existentes, es decir, las posibilidades que dicho sistema le ofrece en la consecución y transmisión de dicha información.

- Indicadores -

a) "Información Recibida o Solicitada"

- Categorías -

Distintos grados de dificultad en el acceso a la información, de ajuste de la misma a sus necesidades y de cantidad recibida y solicitada.

b) "Niveles de Coordinación Existentes"

- Categorías -

Distintos grados de adecuación de los mecanismos de coordinación existentes, así como las limitaciones y ventajas que ofrecen los mismos.

LOS NIVELES DE LA VARIABLE

Para poder hablar de un **sistema de comunicación interinstitucional** deben darse cuatro requisitos imprescindibles:

- 1. Sensibilización** con la necesidad de establecer una relación comunicativa con otros ámbitos de actuación.
- 2. Formalización** de la relación comunicativa con estos ámbitos.

3. Sistematización de la actividad comunicativa a través de su concreción en el diseño técnico de un plan o modalidad de comunicación.

4. Generalización de cada uno de los requisitos anteriores a todos y cada uno de los ámbitos o elementos que conforman el sistema.

A. La Sensibilización y su Generalización

El primer paso para establecer una actividad comunicativa es el de sentir la necesidad de la misma. Necesidad dada en la medida que se valora, por parte de los profesionales o servicios, la importancia que tiene el mantenimiento de un canal de comunicación con otros campos profesionales, tanto a nivel de servicios como de instituciones, en la medida que favorece la complementariedad y linealidad de la actuación a partir de las posibilidades que ofrece la transmisión de información y la derivación al tratamiento más pertinente en cada momento y en cada caso.

a) Esta sensibilización debe surgir en:

- El ámbito Sanitario con respecto al ámbito social
- El ámbito Social con respecto al ámbito educativo y sanitario
- El ámbito Educativo con respecto al ámbito social

b) Niveles de sensibilización

Pueden darse diferentes grados de sensibilización:

- 1º Mínimo sentimiento de necesidad pero no de imprescindibilidad .
- 2º Sentimiento de necesidad traducido en términos de disponibilidad e intencionalidad clara en el establecimiento de una comunicación.

c) Niveles de generalización de esta sensibilización

Esta sensibilización o disponibilidad y disposición a la comunicación puede tener diversos grados de generalización:

- 1º Que surja sólo en alguno de los ámbitos institucionales (sanitario, social y educativo) a través de parte o de todos los servicios que los conforman.
- 2º Que surja en todos los ámbitos institucionales, aunque sólo en algunos de los servicios que los conforman. Dando lugar al predominio de una institución y a uno u otro servicio.
- 3º Que surja en todos y cada uno de los servicios que engloban los distintos ámbitos institucionales.

B. La Formalización y su Generalización

Un segundo paso conlleva un compromiso formal de la configuración, puesta en marcha, y desarrollo de un proceso comunicativo entre aquellos elementos que han presentado la disponibilidad hacia el mismo, convirtiéndose en un importante mecanismo de creación, regulación y control a dicho proceso

a) Esta formalización debe surgir entre:

- El ámbito sanitario y el ámbito social.
- El ámbito social y el ámbito educativo.

b) Niveles de formalización

Existen diferentes niveles de formalización:

- 1º Compromiso verbal, mediante acuerdos puntuales y voluntariamente aceptados.
- 2º Compromiso mediante un convenio o programa de colaboración, en el que existe una vinculación voluntaria mediante un compromiso profesional y una implicación en todos y cada uno de los aspectos acordados y estipulados.

- 3° Compromiso mediante un programa concreto de actuación en el terreno de la comunicación interinstitucional, el que, de alguna manera, exige una intervención en este terreno como cometido o función específica y propia de la labor profesional desempeñada.

c) Niveles de generalización de esta formalización

Esta formalización de la comunicación, a su vez, puede tener diversos grados de generalización:

- 1° Que exista sólo entre algunos de los ámbitos institucionales y no entre otros, bien entre una parte o bien entre todos los servicios que los conforman.
- 2° Que exista entre todos los ámbitos institucionales, aunque sólo entre algunos de los servicios que los conforman. Dando lugar al predominio de la formalización entre algunas institución sobre el resto, o entre algunos servicios.
- 3° Que tenga lugar entre todos y cada uno de los servicios que engloban los distintos ámbitos institucionales.

C. La Sistematización y su Generalización

Como último paso está la *actividad comunicativa*. Una actividad en cualquier campo de intervención puede estar basada en una improvisación, tal cuál van sucediéndose los acontecimientos se les hace frente de la mejor manera que los recursos y posibilidades del momento permiten, o bien, basada en una planificación previa mediante un estudio y análisis de objetivos y un diseño metodológico, el que sirve de guía al proceso y dirige la acción de forma sistematizada, asegurándose así, en mayor o menor medida, ciertos grados de eficacia en la consecución de sus metas y en la calidad del producto final.

La actividad de un complejo sistema de comunicación no puede ser fruto de la improvisación, sino de la planificación y sistematización de la misma. Esta

sistematización queda sujeta, a los principios de un sistema de comunicación en el marco de la Atención Temprana.

a) Esta sistematización debe surgir entre el proceso comunicativo existente:

- En el ámbito sanitario con el ámbito social.
- En el ámbito social con el ámbito educativo.

b) Niveles de sistematización

1º A pesar de la existencia de ciertos niveles de actuación sistematizada, no se aborda de forma ajustada todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana. Concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de:

- Los puntos de conexión
- Los canales o vías de comunicación
- El contenido de la información
- La modalidad comunicativa

2º Existe una sistematización capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana. Concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de:

- Los puntos de conexión
- Los canales o vías de comunicación
- El contenido de la información
- La modalidad comunicativa

c) Niveles de generalización de esta sistematización

Esta sistematización de la actividad comunicativa, a su vez, puede tener diversos grados de generalización:

- 1° Que exista sólo entre algunos de los ámbitos institucionales y no entre otros, bien entre una parte o bien entre todos los servicios que los conforman.
- 2° Que exista entre todos los ámbitos institucionales, aunque sólo entre algunos de los servicios que los conforman. Dando lugar al predominio de la sistematización de la acción entre algunas institución sobre el resto, o entre algunos servicios.
- 3° Que tenga lugar entre todos y cada uno de los servicios que engloban los distintos ámbitos institucionales.

EL NIVEL ESPERADO

Atendiendo a cada uno de estos requisitos, ¿a partir de qué nivel o niveles podemos considerar la consolidación de un sistema de comunicación en el ámbito de la Atención Temprana?:

- A partir del segundo nivel de sensibilización con la necesidad comunicativa
- A partir del tercer nivel de formalización de la comunicación
- A partir del segundo nivel de la sistematización de acción comunicativa
- A partir del tercer nivel de generalización de cada uno de estos elementos

Al mismo tiempo, es importante que el orden de estos elementos o requisitos conformen un proceso secuencial:

- Una *formalización* de la comunicación implica una sensibilización previa, sino esta dejaría de tener sentido: Qué sentido o efecto tendría la formalización de una comunicación si no se cree en lo que ésta puede aportar. Aunque podría darse, pero no cumpliría la función esperada de este compromiso.

- Una *sistematización* de la actividad comunicativa, a su vez, requiere una sensibilización y una formalización previa. Para planificar y llevar a cabo la actividad en los términos esperados es necesario creer realmente en los beneficios que puede aportar, así como un compromiso y acuerdo entre las partes, principalmente a que es un cometido muy laborioso y de gran esfuerzo profesional, sino, raramente alcanzará o cubrirá los aspectos sustanciales de la comunicación en el terreno de la Atención Temprana, siendo muy difícil acercarse a los objetos y metas perseguidos con la misma.

CAPÍTULO 9

OPERATIVIZACIÓN DE HIPÓTESIS

1. PROCESO DE OPERATIVIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS SUSTANTIVA DE CARA A SU CONTRASTACIÓN EMPÍRICA

1.1 HIPÓTESIS GENERAL → HIPÓTESIS SUSTANTIVA

1. EN LA CAM NO EXISTE UN SISTEMA DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL QUE, FAVORECIENDO LA INTERDISCIPLINARIDAD, PERMITA LA COMPLEMENTARIEDAD, GLOBALIDAD Y UNIFICACIÓN DEL PROCESO DE ACTUACIÓN SANITARIA Y EL PSICOPEDAGÓGICO EN SU TAREA DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN LA POBLACIÓN DE 0-3 AÑOS CON DEFICIENCIA O ALTO RIESGO FRENTE A LA MISMA, O LO QUE ES LO MISMO, EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.



No existe una **coordinación interinstitucional** capaz de sustentar un proceso de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos organismos implicados en la actividad sanitaria y la

psicopedagógica que dé paso a la consolidación de un sistema concreto de actuación en este ámbito:



1. No existe una coordinación entre la institución social y la educativa que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.



2. No existe una coordinación entre la institución social y la sanitaria que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.

1.2 PROCESO DE OPERATIVIZACIÓN

I. No existe una coordinación interinstitucional capaz de sustentar un proceso de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos organismos implicados en la actividad sanitaria y psicopedagógica que dé paso a la consolidación de un sistema concreto de actuación en este ámbito:



II. Se carece de las **medidas técnicas de coordinación interinstitucional** capaces de conformar este sistema



III. Se carece de un **sistema de comunicación interinstitucional** como principal mecanismo de coordinación en este campo de actuación.



IV. Se carece de una **actividad de comunicación** entre las distintas instituciones lo suficientemente **intencional, formalizada, sistematizada y generalizada** para poder construir un sistema de comunicación interinstitucional.



I.1 No existe una **coordinación entre la institución social y educativa** que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.



I.2 No existe una **coordinación entre la institución social y sanitaria** que posibilite los procesos de derivación, de intercambio y contraste de información y de complementariedad de la acción entre los distintos servicios propios de estas instituciones e implicados en este campo de actuación.



II.1 Se carece de unas **medidas técnicas de coordinación** entre la institución social y la educativa



III.1 Se carece de un **sistema de comunicación interinstitucional** entre la institución social y la educativa dentro de este campo de actuación.



IV.1 Se carece de una **actividad comunicativa de carácter intencional, formal, sistemático y general** entre la institución social y la educativa.

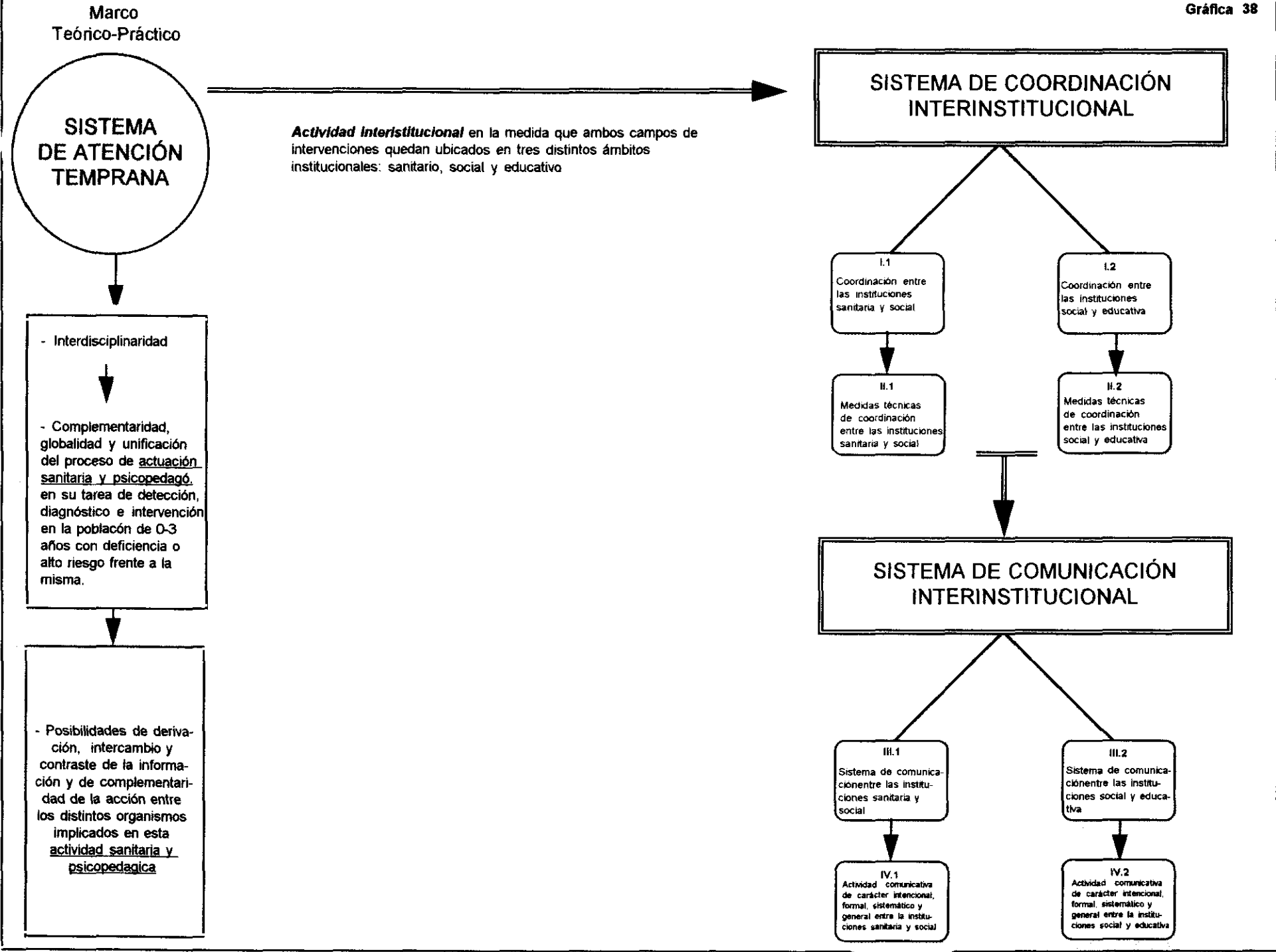
II.2 Se carece de unas **medidas técnicas de coordinación** entre la institución social y la sanitaria



III.2 Se carece de un **sistema de comunicación interinstitucional** entre la institución social y la sanitaria dentro de este campo de actuación.



IV.2 Se carece de una **actividad comunicativa de carácter intencional, formal, sistemático y general** entre la institución social y la sanitaria.



2. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS OPERATIVAS SUCEPTIBLES DE CONTRASTACIÓN EMPÍRICA

2. LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA, CARECE DE UNA ACTIVIDAD DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS INSTITUCIONES IMPLICADAS, LO SUFICIENTEMENTE INTENCIONAL, FORMALIZADA, SISTEMATIZADA Y GENERALIZADA PARA PODER CONSTITUIR UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN INTERINSTITUCIONAL.



2.1 SE CARECE DE UNA ACTIVIDAD COMUNICATIVA DE CARÁCTER INTENCIONAL, FORMAL, SISTEMÁTICO Y GENERAL ENTRE LA INSTITUCIÓN SOCIAL Y LA EDUCATIVA.



2.2 SE CARECE DE UNA ACTIVIDAD COMUNICATIVA DE CARÁCTER INTENCIONAL, FORMAL, SISTEMÁTICO Y GENERAL ENTRE LA INSTITUCIÓN SANITARIA Y LA SOCIAL

2.1 COMUNICACIÓN ENTRE LA INSTITUCIÓN SOCIAL Y LA EDUCATIVA

ÁMBITO SOCIAL: Servicios propios de la intervención temprana: Centros de Atención Temprana.

ÁMBITO EDUCATIVO: Servicios educativos del área de la Educación Infantil: Centros de Educación Infantil comunitarios y municipales y Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana comunitarios.

A. Sensibilización, Intencionalidad comunicativa**a) Sensibilización e intencionalidad generalizada en el ámbito social**

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los centros de Atención Temprana, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños atendidos en el centro reciben tratamiento psicopedagógico en el contexto escolar ordinario".

b) Sensibilización e intencionalidad generalizada en el ámbito educativo

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los servicios de la Educación Infantil, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los centros de Atención Temprana, donde los niños atendidos en estas escuelas reciben tratamiento psicopedagógico específico".

B. Formalización de la Comunicación**a) Formalización generalizada**

"Se carece de una formalización de la comunicación entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento psicopedagógico. Se carece de un compromiso mediante un *programa concreto de actuación en el terreno de la comunicación interinstitucional*, el que, de alguna manera, exige la intervención en este terreno como cometido o función específica y propia de la labor profesional desempeñada"

C. Sistematización de la actividad comunicativa

a) Sistematización generalizada

"Se carece de una sistematización de la actividad comunicativa entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento psicopedagógico. No existe una sistematización capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana, concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de los *puntos de conexión*, los *canales o vías de comunicación*, el *contenido de la información* y la *modalidad comunicativa*"

2.2 COMUNICACIÓN ENTRE LA INSTITUCIÓN SOCIAL Y LA SANITARIA

ÁMBITO SANITARIO: Servicios especializados del ámbito hospitalario: Servicios de Neonatología, Neurología y Rehabilitación Infantil.

ÁMBITO SOCIAL: Servicios propios de la intervención temprana: Centros de Atención Temprana como servicio especializado.

A. Sensibilización, intencionalidad comunicativa

a) Sensibilización e intencionalidad generalizada en el ámbito social

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los centros de Atención Temprana, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños atendidos en el centro reciben atención médica".

b) Sensibilización e intencionalidad generalizada en el ámbito sanitario

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los centros de Atención Temprana, donde los niños atendidos en estos servicios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, reciben tratamiento psicopedagógico".

B. Formalización de la Comunicación

a) Formalización generalizada

"Se carece de una formalización de la comunicación entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento médico y psicopedagógico. Se carece de un compromiso mediante un *programa concreto de actuación en el terreno de la comunicación interinstitucional*, el que, de alguna manera, exige la intervención en este terreno como cometido o función específica y propia de la labor profesional desempeñada"

C. Sistematización de la actividad comunicativa

a) Sistematización generalizada

"Se carece de una sistematización de la actividad comunicativa entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento médico y psicopedagógico. No existe una sistematización capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un

sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana, concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de los *puntos de conexión*, los *canales o vías de comunicación*, el *contenido de la información* y la *modalidad comunicativa*"

Cada una de estas hipótesis tiene la opción de ser contrastada, una vez obtenidos los datos empíricos, como falsa o no en base a un proceso de aceptación o rechazo.

Tal y como se ha realizado su planteamiento, serán aceptadas aquellas hipótesis en las que el valor de la variable no alcance el nivel esperado, tanto en la dimensión de sensibilización, como de formalización o sistematización. Siempre que la variable medida alcance los niveles deseados o esperados supondrá el rechazo de la hipótesis planteada.

La verificación de la hipótesis propuesta en este apartado (2), producto del proceso de operativización de la hipótesis sustantiva, podrá realizarse en el momento que tenga lugar la verificación de alguna de las hipótesis específicas que se desprenden de sus dos subhipótesis (2.1 y 2.2), atendiendo a que sólo podremos considerar la existencia de un sistema de comunicación interinstitucional en la medida que se cumplan todas y cada una de las condiciones propuestas, lo que supondría el rechazo de todas y cada una de estas hipótesis.

El hecho de encontrarnos ante la verificación y falsación de determinadas hipótesis, nos permitirá el conocimiento de las posibilidades de nuestro sistema actual de comunicación, sus limitaciones y la mayor o menor distancia para alcanzar el estatus deseado, permitiéndonos, desde este análisis descriptivo, optar a una intervención más ajustada en la mejora del mismo.

CAPÍTULO 10

ESTUDIO DE CAMPO

1. MUESTRA

1.1 MUESTRA DEL ÁMBITO SOCIAL

- Red de Centros Base del INSERSO en los que se ofrece tratamiento de intervención temprana
- Red de Centros de Atención Temprana propios de movimientos asociativos, agrupados bajo la FADEM, Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid.

A. Centros Base de la CAM

De éstos, cuatro de ellos ofrecen un servicio de intervención temprana.

→ Centros Bases nº 1, 2, 3 y 5

B. Centros de Atención Temprana actualmente agrupados en la FADEM

En total son 16 centros:

→ Zona Centro: 4 centros

- Zona Norte: 2 centros
- Zona Sur: 6 centros
- Zona Este: 3 centros
- Zona Oeste: 1 centro

1.2 MUESTRA DEL ÁMBITO SANITARIO

Principales hospitales de la Comunidad de Madrid en materia de servicios especializados, concretamente en servicios de tratamiento propio de la población de 0-3 años. En total, son 8 hospitales y 4 servicios posibles:

A. Hospitales

- H. Gregorio Marañón
- H. 12 de Octubre
- H. Santa Cristina
- H. del Niño Jesús
- H. de la Paz
- H. Universitario San Carlos
- H. de Móstoles
- H. de Getafe

B. Servicios

- S. de Neonatología ("H. de Getafe", "H. Universitario San Carlos", "H. Stª Cristina", "H. Gregorio Marañón", "H. La Paz", "H. de Móstoles", "H. 12 de Octubre")

- S. de Neuropediatría ("H. de Getafe", "H.Universitario San Carlos", "H. Niño Jesús", "H. Gregorio Marañón", "H. La Paz", "H. de Móstoles", "H. 12 de Octubre")
- S. de Rehabilitación Infantil ("H. Niño Jesús", "H. La Paz", "H.Gregorio Marañón")

1.3 MUESTRA DEL ÁMBITO EDUCATIVO

UNIVERSO

Composición de **20 Equipos de Atención Temprana (100%)**, distribuidos territorialmente en toda la Comunidad.

Atienden a un total de **167 Escuelas Infantiles y Casas de Niños** de toda la Comunidad de Madrid (**100%**)

113 Escuelas Infantiles (68%)

64 dependientes directamente de la **CAM** (**57%**)

41 de dependencia **Municipal** (distintos Ayuntamientos de la Comunidad) (**36%**)

6 de dependencia conjunta **CAM/ Ayuntamiento de Madrid** (**5%**)

2 de dependencia de otras entidades públicas: **CSIC y UAM** (**2%**)

54 Casas de Niños (32%)

Todas ellas de dependencia **Municipal** (**100%**)

Sólo **13** de ellas tienen niños de integración (el 24%) y 41 no, sólo estas 13 conformarán el universo de la investigación.

POBLACIÓN

126 Centros de toda la Comunidad de Madrid con niños de integración (**100%**)

113 Escuelas Infantiles (**90%**)/ Todas las existentes cuentan con niños de integración

64 dependientes directamente de la CAM (**57%**)

41 de dependencia Municipal (distintos Ayuntamientos de la Comunidad) (**36%**)

6 de dependencia conjunta CAM/ Ayuntamiento de Madrid (**5%**)

2 de dependencia de otras entidades públicas: CSIC y UAM (**2%**)

13 Casas de Niños (**10%**)/ Sólo aquellas que tienen niños integrados

ZONA CENTRO

7 equipos correspondientes a la sectorización de los distintos distritos que componen la zona centro (el **35%** del total de los 20 equipos existentes)

Atienden a 43 Centros (**34%**):

- **43 Escuelas Infantiles (100%)**
 - **34** Escuelas de la CAM (**79%**)
 - **1** Escuelas MUN (**2%**)
 - **6** Escuelas CAM/ AYUNT (**14%**)
 - **2** Escuelas de otras entidades (**5%**)

- **0 Casas de Niños (0%)**

ZONA NORTE

3 Equipos correspondientes a la sectorización de las distintas provincias que componen la zona norte de la CAM (el **15%** del total de los 20 equipos existentes)

Atiende a 13 Centros (10%):

- **10 Escuelas Infantiles (77%)**
 - **2 CAM (20%)**
 - **8 MUN (80%)**
- **3 Casa de Niños (23%)**

ZONA SUR

5 Equipos correspondientes a la sectorización de las distintas provincias que componen la zona sur de la CAM (el **25%** del total de los 20 equipos existentes)

Atiende a 37 Centros (29%)

- **34 Escuelas Infantiles (92%)**
 - **15 CAM (44%)**
 - **19 MUN (56%)**
- **3 Casas de Niños (8%)**

ZONA ESTE

3 Equipos correspondientes a la sectorización de las distintas provincias que componen la zona Este de la CAM (el **15%** del total de los 20 equipos existentes)

Atiende a 24 Centros (19%)

- 19 Escuelas Infantiles (79%)
 - 10 CAM (53%)
 - 9 MUN (47%)
- 5 Casa de Niños (21%)

ZONA OESTE

2 Equipos correspondientes a la sectorización de las distintas provincias que componen la zona Este de la CAM (el 10% del total de los 20 equipos existentes)

Atiende a 9 Centros (7%)

- 7 Escuelas Infantiles (78%)
 - 3 CAM (43%)
 - 4 MUN (57%)
- 2 Casa de Niños (22%)

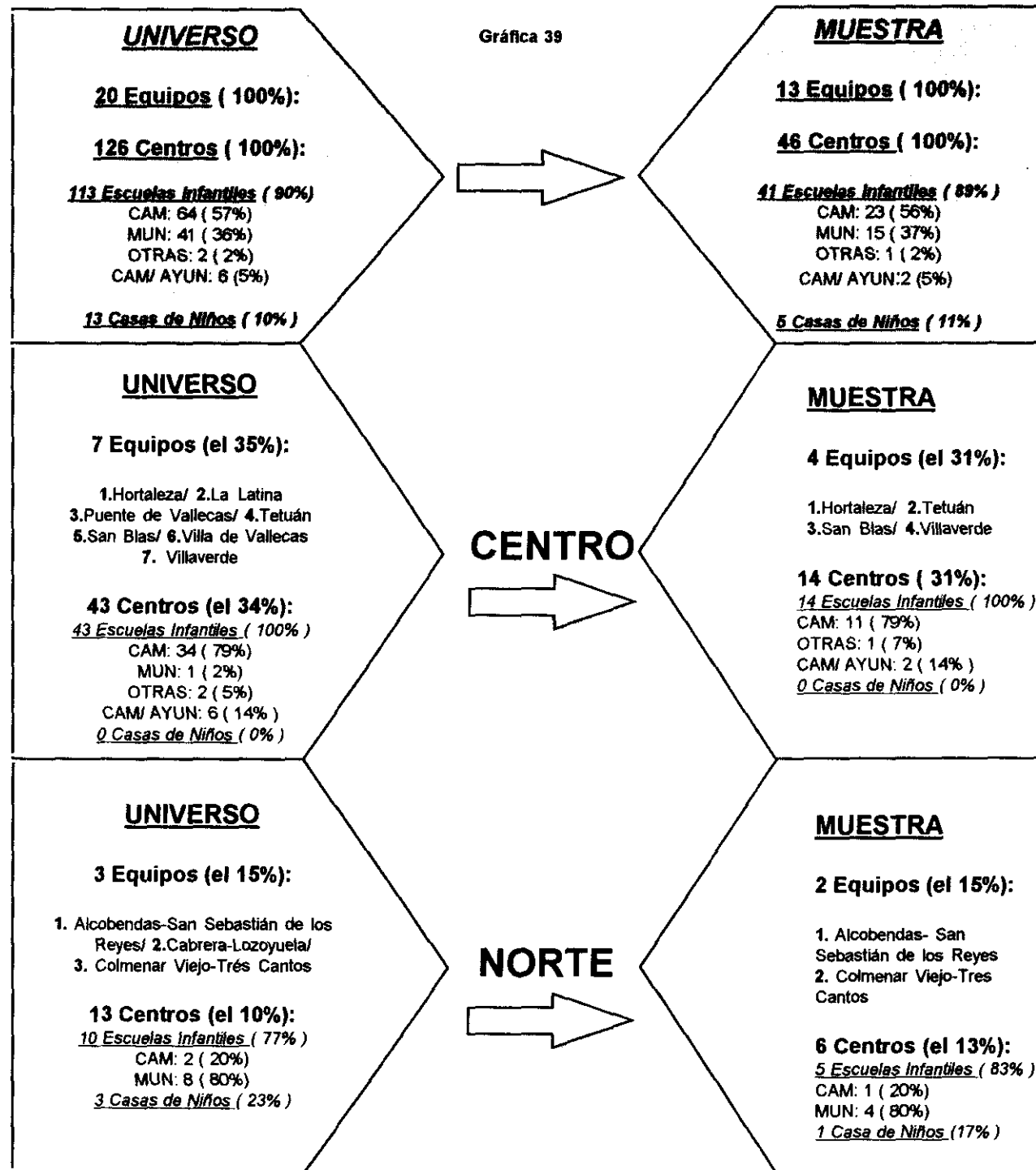
A. Primera Selección/ Selección de los Equipos

La selección de la muestra parte de una reducción del universo entorno al 50%. Ante la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de ajustar esta reducción exactamente al 50%, se ha mantenido la tendencia a redondear por encima de este porcentaje.

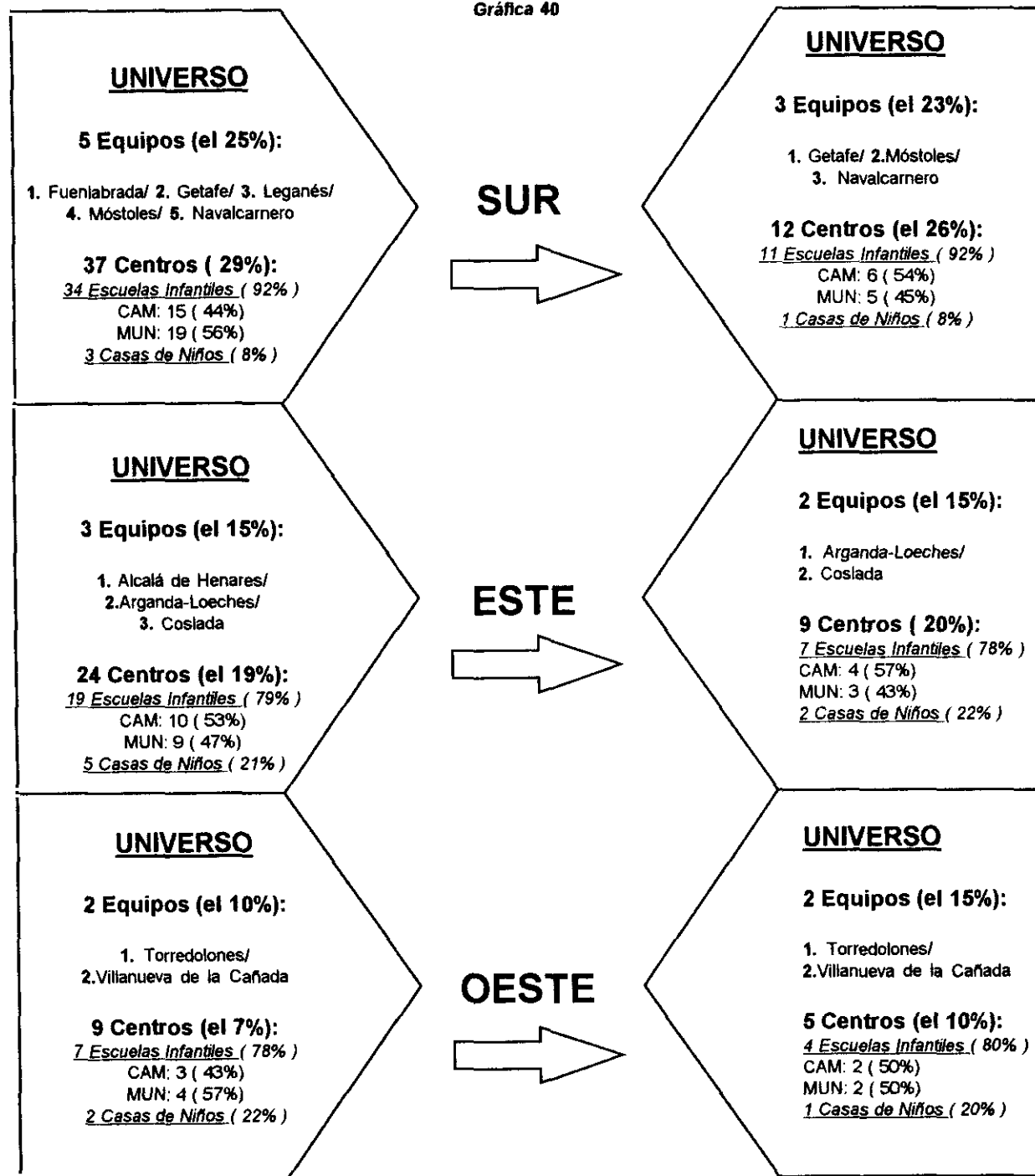
1º) Se busca una reducción aproximada del 50% de todos los equipos agrupados bajo las diferentes zonas que representan la población:

- **Zona Centro:** de 7 equipos se reduce a 4 (+ 50%)

Gráfica 39



Gráfica 40



- **Zona Norte:** de 3 equipos se reduce a 2 (+50%)
- **Zona Sur:** de 5 equipos se reduce a 3 (+50%)
- **Zona Este:** de 3 equipos se reduce a 2 (+50%)
- **Zona Oeste:** de 2 equipos se mantienen los 2 (100%)¹

De 20 equipos que constituían el Universo, hemos pasado a 13, el número que conformará la Muestra. La reducción queda entorno al 65%.

2º) Una vez que tenemos el número de equipos que van a constituir la muestra por cada una de las zonas (**Centro:** 4/ **Norte:** 2/ **Sur:** 3/ **Este:** 2/ **Oeste:** 2), pasamos a la selección de los mismos. Esta selección se realiza buscando la máxima representatividad de la población entorno a las siguientes características, las que se cree que pueden marcar diferencias relevante de cara a los resultados del estudio:

- La ubicación sectorial de los distintos distritos que componen la **Zona Centro** (sector norte, sur, este, oeste, centro). Buscando que, en la selección de los 4 equipos (A, B, C y D) correspondientes a la zona centro, queden proporcionalmente representados los 5 sectores.
- La ubicación provincial de los distintos municipios de la CAM que **rodean la Zona Centro** (contexto urbano, contexto rural). Buscando en la selección de los 2 equipos de la Zona Norte (E y F), los 3 de la Zona Sur (G, H e I), los 2 de la Zona Este (J y K) y los 2 de la Oeste (L y M), que queden proporcionalmente representados los dos contextos propios de la Comunidad de Madrid: el contexto urbano y el rural.

¹ Esta selección del 100%, tiene una justificación. Existe una necesidad de representatividad de una característica relevante del universo. La explicación aparece en un momento posterior.

B. Segunda Selección/ Selección de los centros que atiende cada uno de los equipos que constituyen la muestra

1º) Una vez seleccionados todos los equipos dentro de cada zona, se pasa a la reducción del universo de los centros acogidos por cada uno de estos equipos ya seleccionados. De igual forma, se busca una reducción aproximada del 50% de las mismas, quedando así reducidas las escuelas que conforman la muestra a un tercio de la población total de las mismas (33%).

Zona Centro:

1. *Equipo A:* de 7 centros se reduce a 4 (+50%)
3. *Equipo B:* de 8 centros se reduce a 4 (50%)
2. *Equipo C:* de 5 centros se reduce a 3 (+50%)
3. *Equipo D:* de 5 centros se reduce a 3 (+50%)

Zona Norte:

1. *Equipo E:* de 6 centros se pasa a 3 (50%)
2. *Equipo F:* de 6 centros se pasa a 3 (50%)

Zona Sur:

1. *Equipo G:* de 12 centros se reduce a 5 (-50%)
2. *Equipo H:* de 10 centros se reduce a 4 (-50%)
3. *Equipo I:* de 2 centros se reduce a 1 (50%)

Zona Este:

1. *Equipo J:* de 8 centros se pasa a 4 (50%)
2. *Equipo K:* de 10 centros se pasa a 4 (-50%)

Zona Oeste:

1. *Equipo L*: de 4 centros se pasa a 2 (50%)
2. *Equipo M*: de 5 centros se pasa a 3 (+50%)

En **total**, atendiendo al universo de centros, hemos realizado una reducción del 36%, algo más del tercio (33%). Pasamos de 126 centros en población, a 43 centros en muestra (**Centro**: de 43 a 14/ **Norte**: de 13 a 6/ **Sur**: de 37 a 10/ **Este**: de 24 a 8/ **Oeste**: de 9 a 5).

2º) Una vez que tenemos el número de centros que van a constituir la muestra por cada una de las zonas y equipos, pasamos a la selección de los mismos. Esta selección se realiza buscando la máxima representatividad de la población entorno a las siguientes características, las que se cree que pueden marcar diferencias relevante de cara a los resultados del estudio:

- Representación de los distintos *distritos y municipios provinciales* que quedan englobados por cada uno de los sectores o equipos/ En casi todos los sectores se recogen todos los distritos o municipios existentes; en aquellos en que no es así, o bien, ante diferencias marcadas por lo rural y urbano, se busca una representatividad de ambos contextos, o bien, en el caso de igualdad de condiciones entre ellos, se realiza una selección por azar.
- Representación de las *características administrativas de la escuela*, características que responden a cuatro categorías según las distintas titularidades: escuelas pertenecientes directamente a la **CAM**, escuelas pertenecientes a los ayuntamientos, **MUN**; escuelas pertenecientes a **otras entidades públicas**; y entidades bajo

convenio de colaboración entre la CAM y el ayuntamiento de la capital, CAM/AYUN (Zona Centro).

- Representación de la *naturaleza del centro educativo*: **Escuelas Infantiles**, propias de las zonas más urbanizadas, y las **Casas de Niños**, propias de las zonas más rurales.

Selección proporcional, atendiendo a las proporciones que se dan en el universo, de los centros de uno u otro tipo de administración y naturaleza, dentro de cada sector, incluso dentro de cada distrito o municipio provincial.

3º) Por último, sólo queda la selección específica de cada uno de estos centros. Algunos de ellos no presentan problemas de selección al corresponder un número exacto en población, pero otros muchos no es así, por lo que se ha utilizado el método del azar para su selección.

2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

2.1 TIPO DE INSTRUMENTOS Y CARACTERÍSTICAS

- 8 instrumentos destinados a medir el papel de los distintos servicios y profesionales del ámbito educativo en el tratamiento temprano de la población de 0-3 años, con deficiencia o el alto riesgo frente a la misma, escolarizada y su relación con otros servicios sociales en los que los niños reciben paralelamente un tratamiento de Atención Temprana en el marco de los servicios especiales.

- 2 instrumentos que cumple la función de "hojas de registro" de los datos más significativos en cuanto a las características más elementales del servicio y a la población atendida en el marco de la integración:
 - 1 Hoja de registro del Centro Escolar, destinada al director, como figura representativa de la escuela
 - 1 Hoja de registro del Equipo de Atención Temprana, destinada al coordinador, como representante del conjunto del equipo.

- 1 cuestionario para el *educador* de la escuela infantil, concretamente del primer ciclo, 0-3 años.
- 1 cuestionario para el *director* de la escuela infantil
- 4 cuestionarios para cada uno de los miembros del equipo psicopedagógico de AT: *psicólogo/ pedagogo, profesor de apoyo, logopeda y asistente social*

- 1 instrumento de medida destinado a medir el tipo de relación que los centros específicos de Atención Temprana, en base a la comunicación establecida, mantienen con los servicios educativos y sanitarios.

- 1 instrumento de medida destinado a medir el tipo de relación que los servicios hospitalarios más directamente implicados en el tratamiento de la población con 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, en base a la comunicación establecida, mantienen con los centros específicos de Atención Temprana

Todos estos cuestionarios son validados a través de un *estudio piloto*, donde se contrasta la validez teórica de las preguntas propuestas. Ante determinadas confusiones terminológicas o ante la necesidad de realizar algunas delimitaciones conceptuales, se

determina presentar los cuestionarios con las pertinentes aclaraciones antes de su realización:

- Cuestionario para el ámbito educativo: se aclara la diferencia entre Centro de AT y Equipo Psicopedagógico de AT.
- Cuestionario para el ámbito sanitario: se aclara y explican las características del centro de AT al que se refiere las cuestiones del instrumento a cumplimentar.
- Cuestiones para el ámbito social: se aclara y concreta el tipo de servicios sanitarios y el tipo de servicios educativos a los que se refieren las cuestiones del instrumento a cumplimentar.

Seguidamente, vamos a exponer, de forma más detenida, las características específicas de cada uno de ellos. En el *anexo 1*, al final de este capítulo, quedan recogidos todos ellos tal y como se elaboran.

2.2 LOS INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL ÁMBITO EDUCATIVO

Con el objeto de delimitar cuál es la función específica de cada uno de los servicios educativos en el proceso de integración, área en la que ocupa lugar la intervención psicopedagógica y desde donde encuentra su punto de conexión con la Atención Temprana, se crea un instrumento para cada uno de los profesionales de estos servicios. Ante la duda sobre la mayor o menor predominancia de uno u otro servicio en este cometido, en el caso de tener que existir una predominancia, se opta por someter a estudio a todos los integrantes de estos servicios, permitiéndonos así:

- Crear cuestionarios mucho más cortos y más fáciles de contestar ya que las preguntas pueden tener mayor probabilidad de distribución en la medida que se amplía el número de cuestionarios y los profesionales a quién van destinados.
- Obtener una visión final sobre el papel desempeñado por los distintos servicios educativos en el proceso de integración, del que se desprende un determinado modelo de intervención, con mayor o menor repercusión en el marco de la Atención Temprana.
- Y en función de este modelo de intervención, podremos obtener el papel de este servicio o servicios en la actividad comunicativa, como punto de conexión o elemento de comunicación, con el resto de servicios propios de otra institución.

Por tanto, se elaboran seis cuestionarios destinados a cada uno de los profesionales del ámbito educativo, con el fin de obtener una información general en cuanto:

- El mayor o menor grado de implicación profesional o predominancia de servicios en el proceso de integración educativa y, por tanto, en la intervención psicopedagógica, en la que tiene lugar un acercamiento a la Intervención Temprana.
- Al mayor o menor grado de sensibilización profesional con la necesidad de mantener una relación con los centros de Atención Temprana.
- Al mayor o menor grado de formalización de la comunicación con estos centros.
- Al mayor o menor grado de sistematización de esta comunicación: Quién la establece, cuál es su contenido y bajo qué modalidad.

Además, con el fin de completar la información que cada uno de los profesionales del sector educativo nos aportará en la cumplimentación de estos 6 instrumentos, se

elaboran uno representativo de cada uno de estos dos servicios, donde queden cuantificados aquellos datos más significativos de cara a obtener una visión general del papel desempeñado en el terreno de la integración.

A. Instrumentos destinados a la Escuela Infantil

a) La hoja de registro de información destinada al representante de la escuela, el Director

Queda dividida en cuatro apartados:

1º) Datos de identificación.

2º) Cuantificación de la población infantil atendida y su incidencia en el primer ciclo

3º) Cuantificación de la población escolarizada con plaza de integración y la repercusión de los distintos déficit.

4º) Cuantificación de la población escolarizada que en la actualidad recibe algún tipo de tratamiento en el ámbito de la Atención Temprana como servicio específico.

b) Cuestionario destinado al Director de la escuela infantil

El cuestionario está dividido en dos grandes bloques. Todas ellas de pregunta cerrada:

1ª) Una serie de preguntas referentes a su papel como director en el proceso de integración de su escuela y su posible relación con los centros de AT de su sector. Donde se plantean preguntas concretas sobre su sensibilización con la necesidad de mantener una comunicación con estos centros y su papel como elemento de esta comunicación.

2ª) Una serie de preguntas referente al papel de la escuela y el equipo de apoyo en el proceso de integración, así como la relación de su escuela con los centros de AT de su sector. Se plantean preguntas sobre el papel de estos servicios educativos como elementos de la comunicación con los centros de A.T., así como de la formalización y el contenido de la comunicación entre escuela y los centros de A.T.

c) Cuestionario destinado al Educador del Primer Ciclo de Educación Infantil

También está dividido en dos bloques. Todas ellas de pregunta cerrada.

1ª) Un bloque de preguntas sobre la relación de la escuela con los centros de AT. Destinadas a tratar el papel de la escuela como elemento de la comunicación con estos centros, así como las posibilidades de formalización de esta relación

2ª) Un bloque de preguntas sobre su papel en el proceso de integración, la incidencia del equipo en su tarea y su relación específica con los centros de AT. Preguntas que tratan de abordar su papel o el del resto de profesionales del equipo de apoyo como elementos de comunicación con los centros de A.T. Así como su sensibilización profesional con esta comunicación o el contenido de la misma en caso de que hubiese.

B. Instrumentos destinados al Equipo de Apoyo o Equipo de Atención Temprana

a) La hoja de registro de información destinada al representante del equipo, el Coordinador

Queda dividida en cuatro apartados:

1º) Datos de identificación.

2º) Cuantificación de los centros de A.T. con los que se mantiene una relación

3º) Cuantificación de la población escolarizada sobre la que se mantiene un especial control y seguimiento.

4º) Frecuencia de la incidencia de las distintas deficiencias o alteraciones en la población atendida.

b) Cuestionario destinado a los distintos profesionales que pueden conformar el equipo

Se realiza un cuestionario para cada uno de los profesionales que normalmente integran el Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana:

- Pedagogo/ Psicólogo
- Profesor de Apoyo
- Logopeda
- Asistente Social

Cada uno de ellos, de la misma manera que para los profesionales de la escuela infantil, queda dividido en dos grandes grupos de preguntas y, a su vez, son de preguntas cerradas:

1ª) Un grupo de preguntas que hacen referencia a la labor general que ejerce el equipo, como servicio educativo, en el proceso de integración llevado a cabo en la escuela: sobre el papel y función desempeñada, así como de la relación mantenida con los centros de AT. de su sector. Papel del equipo como elemento de la comunicación con los centros de A.T., así como la modalidad de esta comunicación.

2ª) Un grupo de preguntas sobre la función específica de cada uno de estos profesionales en el proceso de integración, así como la relación que cada uno mantiene con los centros de AT. Sensibilización profesional de cara a establecer esta comunicación, papel desempeñado como elemento de comunicación, el contenido de la misma y su formalización.

2.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL ÁMBITO SOCIAL

Se elabora un único cuestionario, destinado al profesional responsable de los centros de Atención Temprana, al coordinador o director del equipo técnico de cada centro o servicio. Cada una de las preguntas tienen un doble apartado, buscando así una doble respuesta en función del ámbito que se trate, el educativo o el sanitario.

A. El cuestionario consta de tres bloques de preguntas

a) Preguntas referentes a la información que estos centros reciben de los distintos servicios sanitarios y educativos/ Como receptor de la comunicación → Sensibilización con la necesidad de mantener un mecanismo de comunicación y sistematización de la misma:

- Sensibilización con la necesidad de esta información → Sensibilización
- Facilidad o dificultad de acceso a ella → Valoración de la información recibida
- Ajuste a las necesidades que presenta el centro de este tipo de información → Valoración de la información recibida
- Modo de recepción de la información → Canales o vías de la comunicativa
- Contenido de la misma → Contenido de la comunicación

b) Preguntas referentes a la información que estos centros emiten a los distintos servicios sanitarios y educativos/ Como emisor de la comunicación → Sistematización de la actividad comunicativa:

- Tipo de solicitud de información por parte de estos servicios → Modalidad de la comunicación
- Valoración de esta solicitud → Valoración de la información solicitada
- Modo de emisión de esta información → Canales o vías de comunicación
- Contenido de la misma → Contenido de la comunicación

c) Preguntas referentes al tipo de relación mantenida con estos servicios/ Relación comunicativa → Sistematización de la actividad comunicativa y formalización de la misma:

- Servicio o profesionales con los que normalmente se mantiene la relación → Puntos o elementos de la comunicación
- Modalidad de la relación o del contacto → Modalidad de la comunicación
- Formalización de esta relación y tipo de programa o convenio de colaboración en caso de existir → Formalización de la comunicación
- Características de la formalización, en caso de que ésta tenga lugar → Modalidad comunicativa
- Valoración de dicha relación: elementos que la favorecen y elementos que la limitan → Valoración de los niveles de comunicación existentes

2.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL ÁMBITO SANITARIO

También para este ámbito, se elabora un único cuestionario, destinado al profesional responsable de los servicios hospitalarios más directamente implicados en el tratamiento temprano de la población de 0-3 años con algún tipo de deficiencia o riesgo frente a la misma, como son los servicios de neonatología, de neuropediatría, algunos de rehabilitación infantil, o en su caso, aquel servicio o unidad específica de atención o intervención temprana.

Este cuestionario, tanto en contenido como en estructura, es muy similar al elaborado para los profesionales de los centros de atención temprana, aunque cada una de las preguntas sólo hacen referencia al intercambio de información y la relación que los profesionales de la salud mantienen con el tipo de centros o servicios pertenecientes al ámbito social.

A. El cuestionario consta de tres grandes bloques de preguntas

a) Preguntas referentes a la información que estos servicios reciben de los centros de atención temprana/ Como receptor de la comunicación → Sensibilización con la necesidad de mantener un mecanismo de comunicación y sistematización de la misma:

- Sensibilización con la necesidad de esta información → Sensibilización
- Facilidad o dificultad de acceso a ella → Valoración de la información recibida
- Ajuste a las necesidades que presenta el centro de este tipo de información → Valoración de la información recibida
- Modo de recepción de la información → Canales o vías de la comunicativa
- Contenido de la misma → Contenido de la comunicación

b) Preguntas referentes a la información que estos servicios sanitarios emiten a estos centros/ Como emisor de la comunicación → Sistematización de la actividad comunicativa:

- Tipo de solicitud de información por parte de estos servicios → Modalidad de la comunicación
- Valoración de esta solicitud → Valoración de la información solicitada
- Modo de emisión de esta información → Canales o vías de comunicación
- Contenido de la misma → Contenido de la comunicación

c) Preguntas referentes al tipo de relación mantenida con estos centros/ Relación comunicativa → Sistematización de la actividad comunicativa y formalización de la misma:

- Servicio o profesionales con los que normalmente se mantiene la relación → Puntos o elementos de la comunicación
- Modalidad de la relación o del contacto → Modalidad de la comunicación
- Formalización de esta relación y tipo de programa o convenio de colaboración en caso de existir → Formalización de la comunicación
- Características de la formalización, en caso de que ésta tenga lugar → Modalidad comunicativa
- Valoración de dicha relación: elementos que la favorecen y elementos que la limitan → Valoración de los niveles de comunicación existentes

3. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

A. Recogida de datos en el ámbito educativo

- Abril / Julio de 1995 -

De cara a facilitar la evaluación de estos servicios, se tramita el permiso correspondiente de las autoridades comunitarias en materia de Educación Infantil, concretamente el de la Sección de Centros y Orientación de la Educación Infantil de la Dirección General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura de la CAM.

La presentación de los cuestionarios está acompañada de la siguiente información:

- 1º Presentación del estudio, origen y objeto de la investigación
- 2º Aclaraciones conceptuales y normativa para cumplimentar los cuestionarios, que quedan recogidas al inicio y como primera hoja de los cuestionarios. Aclaraciones que se contemplan como necesarias atendiendo a los criterios de validez aplicados una vez realizado el "estudio piloto".

A los profesionales del centro educativo

- Aclaración sobre la diferencia entre Centro de Atención Temprana (CAT) y Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana del que reciben apoyo como servicio educativo (EPsAT)

Sr./a Director/a (Educador/a), al cumplimentar el cuestionario:

"Es muy importante que no confunda el Centro de Atención Temprana con el Equipo Psicopedagógico que realiza los apoyos en su escuela:

CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA (C.A.T.): Se refiere a aquellos otros servicios externos a los educativos, donde el niño, normalmente de integración, recibe tratamiento independientemente del recibido en su escuela a través de la intervención del equipo de apoyo; como por ejemplo son los centros pertenecientes al INSERSO, ONCE, entidades de naturaleza privada o subvencionados por los servicios sociales, hospitales o servicios de rehabilitación especializados en el ámbito de la discapacidad, etc.

EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA (E.Ps.A.T.): Se refiere al equipo que apoya y asesora a la escuela, principalmente en el área de las necesidades educativas especiales"

→ **Presentación de la estructura del cuestionario**

"El cuestionario está estructurado en dos bloques:

PRIMERA PARTE (A): son una serie de preguntas sobre su función específica en la escuela como director.

SEGUNDA PARTE (B): son una serie de preguntas sobre la escuela en su conjunto"

→ **Cuestiones generales referentes a su cumplimentación**

"- Señale con una cruz aquella respuesta que más se ajuste a la realidad que vive en su centro

- Si en alguna cuestión considera que podría responder más de una opción, busque siempre aquella que mayor peso tenga sobre el resto.

- Puede hacer las anotaciones que considere pertinente"

A los profesionales del equipo de apoyo

→ Delimitación a lo que se refiere como centro de Atención Temprana (CAT)

Sr./a Psicólogo/a-pedagogo/a (Profesor/a Apoyo, etc.), al cumplimentar el cuestionario:

"Es muy importante que usted sepa a qué hace referencia el término de Centro de Atención Temprana, ya que aparece de manera constante en el presente cuestionario:

CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA (C.A.T.): Se refiere a aquellos otros servicios externos a los educativos, donde el niño, normalmente de integración, recibe tratamiento independientemente del recibido en su escuela a través de la intervención del equipo de apoyo; como por ejemplo son los centros pertenecientes al INSERSO, ONCE, entidades de naturaleza privada o subvencionados por los servicios sociales, hospitales o servicios de rehabilitación especializados en el ámbito de la deficiencia, etc."

→ Presentación de la estructura del cuestionario

"El cuestionario está estructurado en dos bloques:

PRIMERA PARTE (A): son una serie de preguntas sobre su función específica en la escuela como director.

SEGUNDA PARTE (B): son una serie de preguntas sobre la escuela en su conjunto"

→ Cuestiones generales referentes a su cumplimentación

"- Señale con una cruz aquella respuesta que más se ajuste a la realidad que vive en su centro

- Si en alguna cuestión considera que podría responder más de una opción, busque siempre aquella que mayor peso tenga sobre el resto.
- Puede hacer las anotaciones que considere pertinente"

4º Modalidad de devolución con distintas opciones a elegir por la mayor comodidad o facilidad para el encuestado.

B. Recogida de datos en el ámbito sanitario y social

- Mayo / Julio de 1996 -

La presentación de los cuestionarios está acompañada de la siguiente información:

- 1º Presentación del estudio, origen y objeto de la investigación
- 2º Aclaraciones conceptuales y normativa para cumplimentar los cuestionarios, que quedan recogidas al inicio y como primera hoja de los cuestionarios. Aclaraciones que se contemplan como necesarias atendiendo a los criterios de validez aplicados una vez realizado el "estudio piloto".

Al profesional del Centro de Atención Temprana

→ Sobre la estructura y contenido del cuestionario

"EL CUESTIONARIO ESTÁ ESTRUCTURADO EN TRES PARTES:

A: Cuestiones referentes a la información que su centro recibe de los servicios y profesionales de la institución sanitaria y la educativa (cuestiones de la 1 a la 5)

B. Cuestiones referentes a la información que su centro aporta a los servicios y profesionales pertenecientes a estos ámbitos institucionales (cuestiones de la 6 a la 9)

C. Cuestiones referentes a las características de la relación que su centro mantiene con los mismos (cuestiones de la 9 a la 16)"

→ Sobre la doble dimensión de cada ítem

"CADA ÍTEM O PREGUNTA CONTIENE UN DOBLE APARTADO:

- *Uno, hace referencia al **ámbito sanitario**, concretamente a los servicios hospitalarios*
- *Y otro, al **ámbito educativo**, concretamente de la red de Escuelas Infantiles y Equipos de Atención Temprana de la CAM; que pese a contener, en la mayor parte de preguntas, el mismo contenido, se parte de la posibilidad de que las características, que su centro presenta en la relación con uno u otro, puedan ser diferentes"*

→ Cuestiones generales referentes a su cumplimentación

"- SEÑALE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE SE AJUSTE MÁS A LA REALIDAD DE SU CENTRO.

- EN LAS CUESTIONES QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, PUEDE RESPONDER MÁS DE UNA OPCIÓN.

- UNA VEZ QUE HAYA LEÍDO ESTA HOJA, PUEDE SEPARARLA DEL RESTO DEL CUESTIONARIO"

Al profesional del Servicio Hospitalario

→ Síntesis del contenido básico al que hacen referencia las preguntas:

"LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO HACEN REFERENCIA:

*a la relación que, desde su servicio hospitalario, se establece con aquellos otros servicios de intervención psicopedagógica en los que, a través de los llamados **Centros de Atención Temprana**, existe tratamiento específico en población de 0-3 años, con el fin de prevenir la deficiencia ante una situación de alto riesgo, o los efectos de la misma una vez establecida. Centros, bien pertenecientes al INSERSO o a un grupo de asociaciones de la FADEM, que se encuentran dentro del ámbito o institución social.*

→ **Presentación de la estructura del cuestionario**

"EL CUESTIONARIO ESTÁ ESTRUCTURADO EN TRES PARTES:

*A: Cuestiones referentes a la **información que su servicio hospitalario recibe** de los centros o profesionales de Atención Temprana (cuestiones de la 1 a la 5)*

*B. Cuestiones referentes a la **información que su servicio aporta** a los centros o profesionales de Atención Temprana (cuestiones de la 6 a la 9)*

*C. Cuestiones referentes a las **características de la relación** que su servicio mantiene con los mismos (cuestiones de la 9 a la 17)"*

→ **Cuestiones generales referentes a su cumplimentación**

"- SEÑALE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE SE AJUSTE MÁS A LA REALIDAD DE SU CENTRO.

- EN LAS CUESTIONES QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, PUEDE RESPONDER MÁS DE UNA OPCIÓN.

- UNA VEZ QUE HAYA LEÍDO ESTA HOJA, PUEDE SEPARARLA DEL RESTO DEL CUESTIONARIO"

- 4º** Modalidad de devolución con distintas opciones a elegir por la mayor comodidad o facilidad para el encuestado.

4. PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS

El siguiente análisis está basado en el conjunto de datos obtenidos a partir de las entidades que, de forma voluntaria, han participado en el presente estudio. Tanto este conjunto de datos, ordenados y clasificados en *matrices de datos*, como las entidades colaboradoras, se encuentran recogidas en los Anexos 2 y 3 respectivamente, al cierre del presente capítulo.

Antes de adentrarnos en el análisis específico de los datos, vamos a hacer una breve referencia a los niveles de participación de cada uno de estos servicios en los distintos ámbitos sometidos a estudio, haciendo previamente, y como punto de referencia, una alusión a su mayor o menor incidencia de la muestra en la realidad comunitaria.

4.1 NIVELES DE PARTICIPACIÓN

SERVICIOS EDUCATIVOS: Escuelas y Equipos de Atención Temprana

En cuanto a su **nivel de incidencia** en las distintas zonas del contexto en el que se realiza el estudio, la Comunidad Autónoma de Madrid, y siguiendo un orden de mayor a menor incidencia, tenemos:

a) Zona Centro: El 34%

- Del 35% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 34% los centros escolares

- Del 25% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 29% los centros educativos

c) Zona Este: El 18%

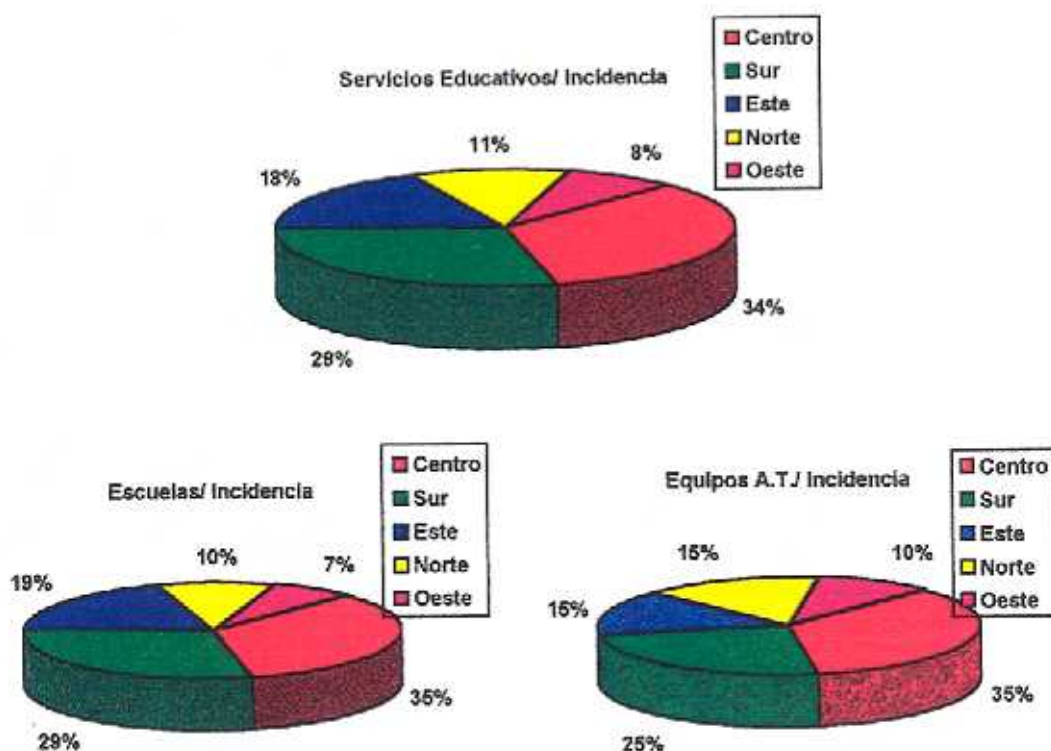
- Del 15% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 19% los centros educativos

d) Zona Norte: El 11%

- Del 15% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 10% los centros educativos

e) Zona Oeste: El 8%

- Del 10% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 7% los centros educativos



Centrándonos ya en los **niveles de participación** existente entre la muestra seleccionada de estos servicios, podemos hablar de un nivel general de participación del 87'5% de la muestra seleccionada, y una abstinencia del 12'5%.

a) **Zona Centro**: El 94% de participación y el 6% de absentismo

- Del 100% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 93% los centros escolares

b) **Zona Sur**: El 92% de participación y el 8% de absentismo

- Del 100% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 90% los centros educativos

c) **Zona Este**: El 80% de participación y el 20% de absentismo

- Del 50% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 87'5% los centros educativos

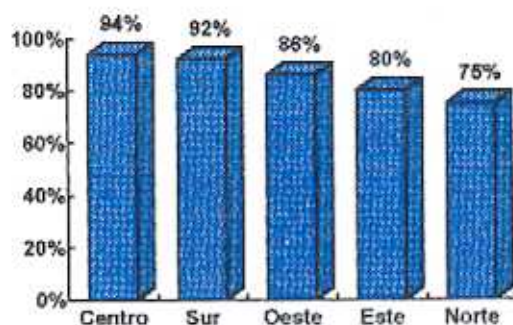
d) **Zona Norte**: El 75% de participación y el 25% de absentismo

- Del 100% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 67% los centros educativos

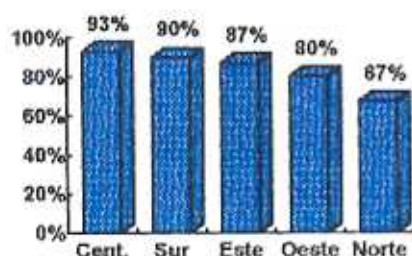
e) **Zona Oeste**: El 86% de participación y el 14% de absentismo

- Del 100% los equipos psicopedagógicos de A.T.
- Del 80% los centros educativos

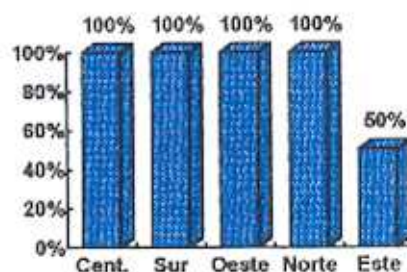
Servicios Educativos/ Participación



Escuelas/ Participación



Equipos A.T./ Participación



Participan de forma proporcional a la incidencia existente todos y cada una de las figuras profesionales que conforman el Equipo: Psicopedagogo (Psicólogo/Pedagogo), Profesor de Apoyo, Logopeda y Trabajador Social, así como cada uno de los Directores y Educadores del Primer Ciclo de Educación Infantil y con niño de integración en su aula.

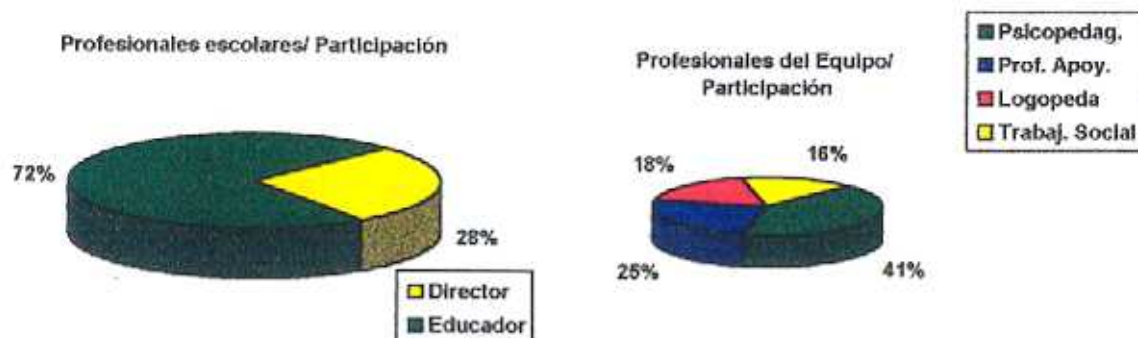
Participación de los profesionales escolares

- El 28% conformado por los directores, con una participación del 100%, uno por escuela.
- El 72% por los educadores, participando un 2'5 por escuela.

Participación de los profesionales del Equipo

- El 41% conformado por los Psicopedagogos (20'5% Pedagogos, 20'5% Psicólogos)

- El 25% Profesores de Apoyo
- El 18% Logopedas
- El 16% Trabajadores Sociales



SERVICIOS SOCIALES: Centros de Atención Temprana

También dentro de estos servicios, revisaremos previamente su nivel de incidencia en las distintas zonas del contexto en el que se realiza el estudio, siguiendo, igualmente, el orden de mayor a menor incidencia:

a) Zona Centro

Con la mayor incidencia, la del 40%

b) Zona Sur

Con una incidencia del 30%

c) Zona Este

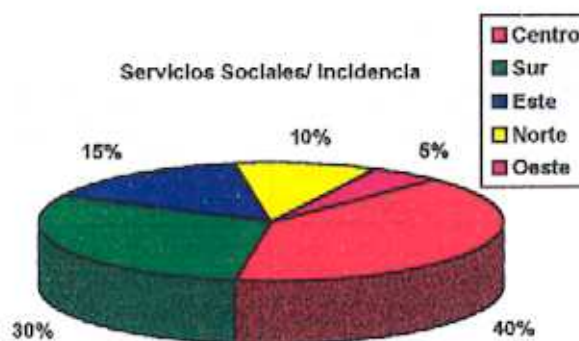
Donde comienza a descender la incidencia significativamente, concretamente a la mitad, siendo ésta del 15%

d) Zona Norte

Con una incidencia del 10%

e) Zona Oeste

Donde se da la incidencia más baja, del 5%



Centrándonos ya en los niveles de participación existente entre estos servicios o centros de A.T., podemos hablar de un nivel general de participación del 75% de la muestra seleccionada, y una abstinencia del 25%. Siendo importante diferenciar la participación de centros de naturaleza pública y los de naturaleza privada, fruto del asociacionismo:

- Centros privados: una participación del 81% y un absentismo del 19%
- Centros públicos: una participación del 50% y un absentismo equitativo del 50%

a) Zona Centro

Con el 83% de participación y el 17% de absentismo

b) Zona Sur

Con el 100% de participación y el 0% de absentismo

c) Zona Este:

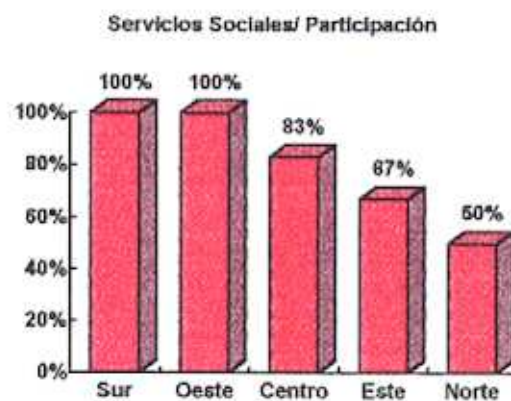
Con el 67% de participación y el 33% de absentismo

d) Zona Norte:

Con el 50% de participación y el 50% de absentismo

e) Zona Oeste:

Con el 100% de participación y el 0% de absentismo



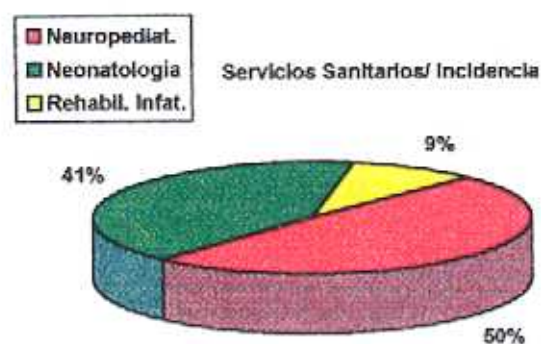
La participación de estos centros queda, en su gran mayoría, a manos de los directores o coordinadores de los mismos.

SERVICIOS SANITARIOS: Servicios Hospitalarios

El **nivel de incidencia** de los distintos servicios hospitalarios incluidos en la muestra seleccionada es el siguiente:

- Servicios de Neuropediatría, el 44%
- Servicios de Neonatología, el 37%

→ Servicios de Rehabilitación Infantil, el 19%



El **nivel de participación** general de estos servicios es del 77%, con una abstención del 23%.

Dentro del nivel de abstención es importante señalar el gran peso que tienen los Servicios de Rehabilitación Infantil con un 18% de ese 23%, quedando en manos de los Servicios de Neonatología el 5% restante.

a) Servicio de Neurología Infantil o Neuropediatría

Con el mayor nivel de participación, con el 100%

b) Servicio de Neonatología

Con una participación del 83% y un absentismo del 17%

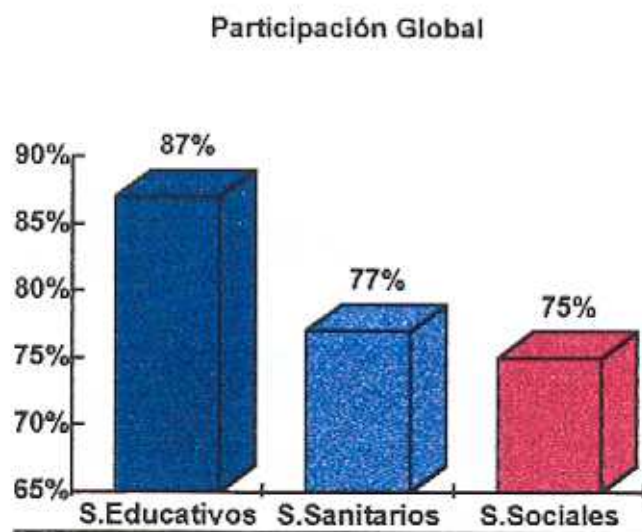
c) Servicio de Rehabilitación Infantil

Con una nula participación, reduciéndose ésta al 0%

Existe un 50% de participación directa de los jefes de servicio y otro 50% de participación de médicos adjuntos o facultativos.



En términos globales de participación y comparando los tres ámbitos sometidos a estudio, obtenemos los siguientes datos comparativos.



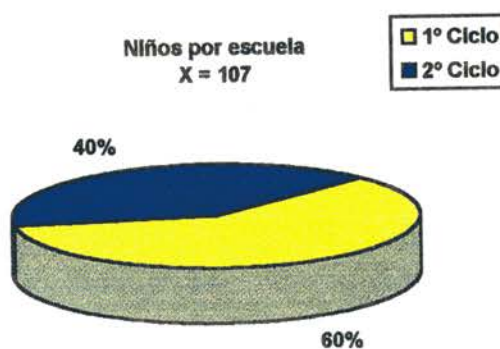
4.2 ANÁLISIS DE DATOS

IMPLICACIÓN DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA COMUNITARIO A PARTIR DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA

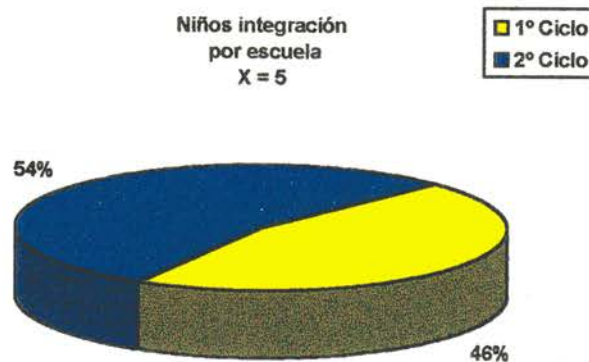
A. Configuración de los Servicios

a) Centro Educativo: Escuela Infantil y Casa de Niños Comunitaria

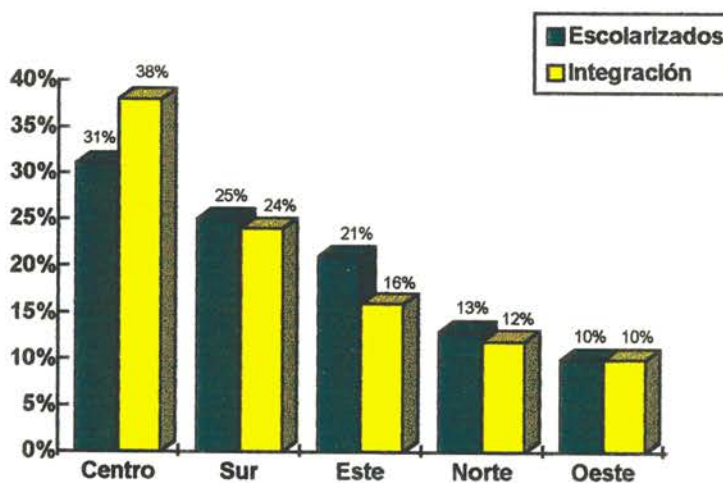
- Cada escuela acoge una media de 107 alumnos, el 60% escolarizado en el 1º Ciclo y el 40% en el 2º Ciclo.



- La media de niños con plaza de integración por centro educativo es de 5, es decir, el 4% del alumnado, de los que el 45% se encuentra en el 1º Ciclo y el 54% en el 2º Ciclo.

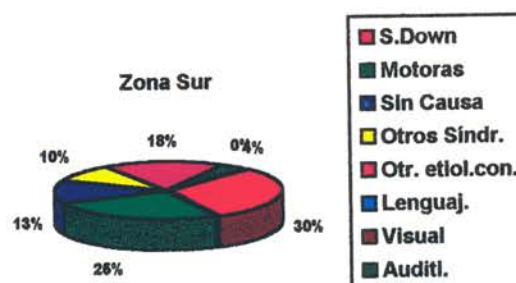
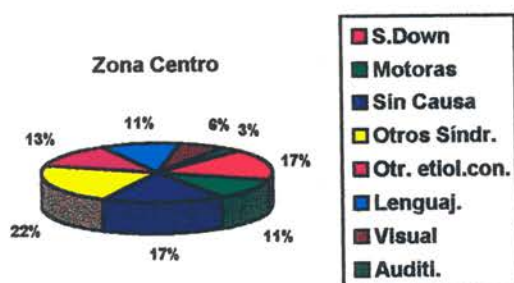
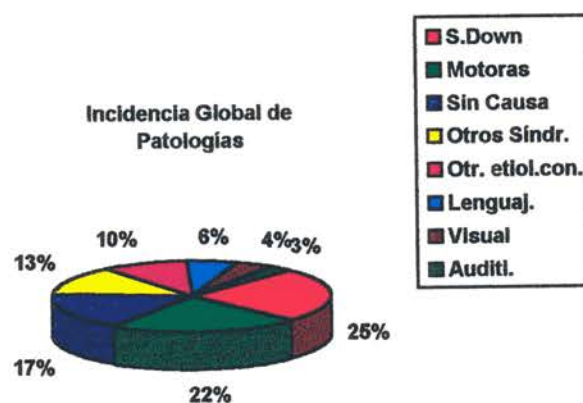


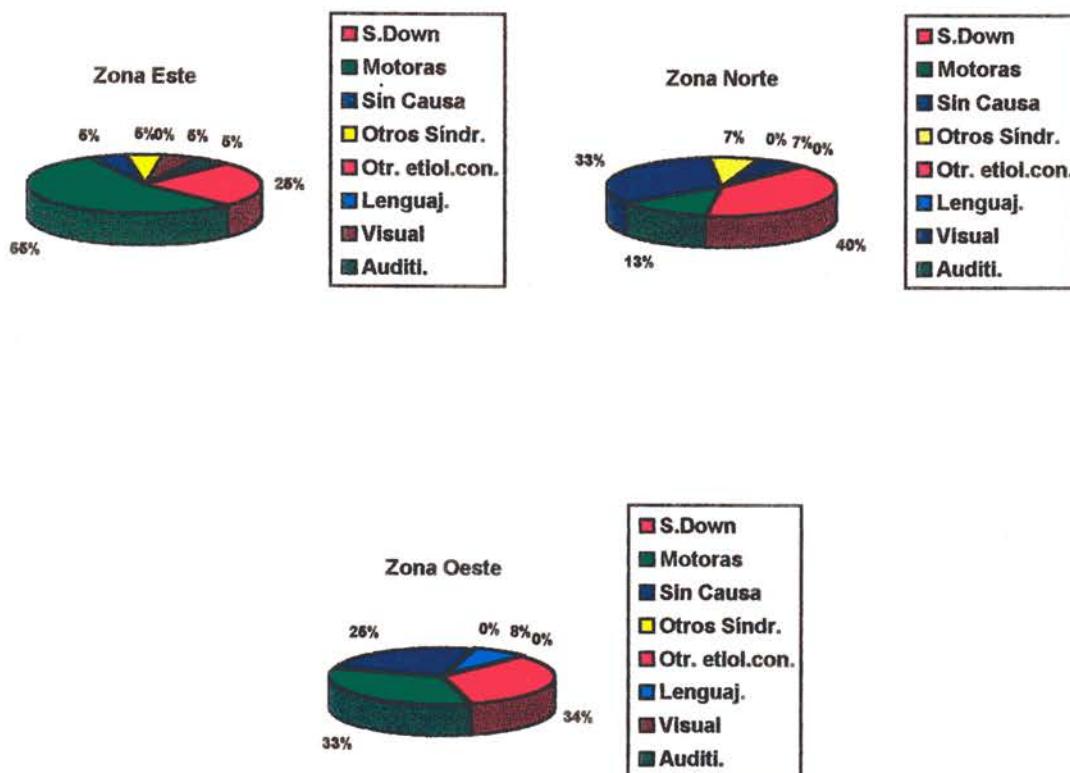
- Encontramos, tal y como muestra el siguiente gráfico, las siguientes proporciones atendiendo a las distintas zonas comunitarias:
 - Proporción de niños a partir del total escolarizado en la Red de Escuelas Infantiles de la CAM
 - Proporción de niños a partir del total escolarizado que ocupa plaza de integración en la Red de Escuelas infantiles de la CAM.



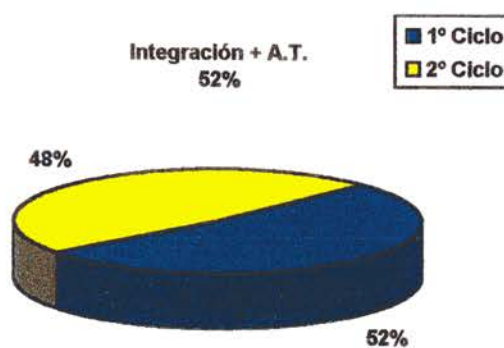
- Atendiendo a la población específica que ocupa plaza de integración, cabe resaltar el siguiente orden en función de la mayor a la menor incidencia de las distintas patologías que tienen lugar en el contexto del centro educativo:

- 1º Síndrome de Down con un 25%
- 2º Alteraciones motoras con un 22%
- 3º Retraso parcial o generalizado del desarrollo sin causa determinada
- 4º Otros cuadros sindrómicos con un 13%
- 5º Otras alteraciones de etiología conocida con un 10%
- 6º Alteraciones en el lenguaje con un 6%
- 7º Alteraciones visuales con un 4%
- 8º Alteraciones auditivas con un 3%

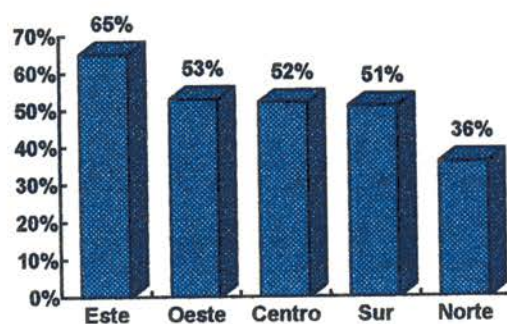




- El 52% de los niños que ocupan plaza de integración reciben algún tipo de tratamiento específico en el marco de la Atención Temprana, el 52% del 1º Ciclo y el 48% del 2º Ciclo.

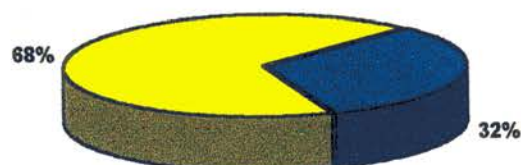


Integración + A.T.

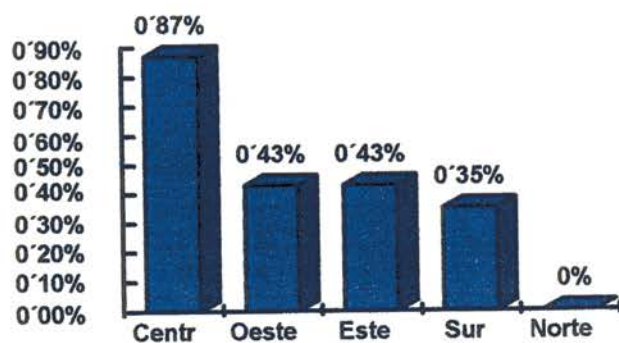


- El 0'5 del total de los niños escolarizados por ordinaria y que, por tanto, no ocupan plaza de integración, reciben algún tipo de tratamiento dentro de los servicios específicos de Atención Temprana comunitarios, de los cuales, el 32% se encuentran en el 1º Ciclo y el 68% en el 2º Ciclo.

Ordinaria + A.T.
0'5%

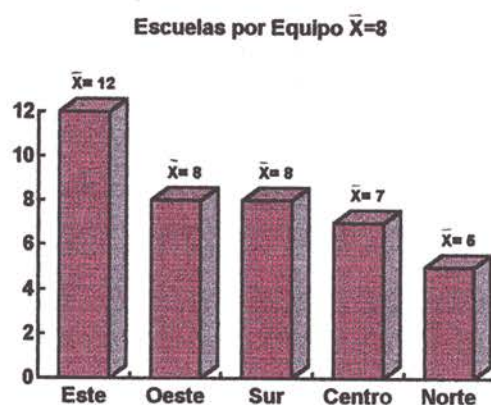


Ordinaria + A.T.

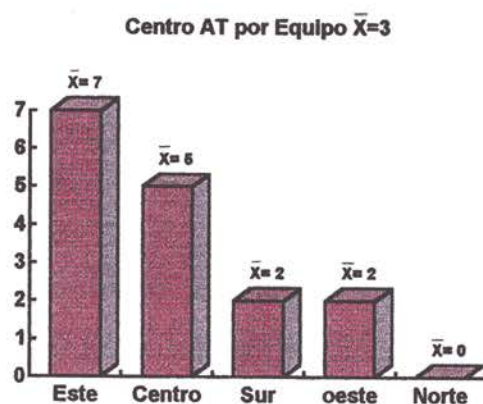


b) Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana Comunitario

- El equipo de AT atiende, por término medio, a 8 escuelas

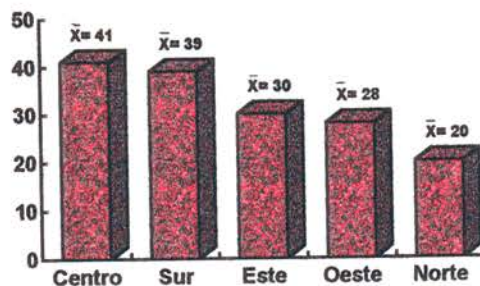


- Al mismo tiempo, el equipo mantiene relación con una media de 3 centros de Atención Temprana de su zona.



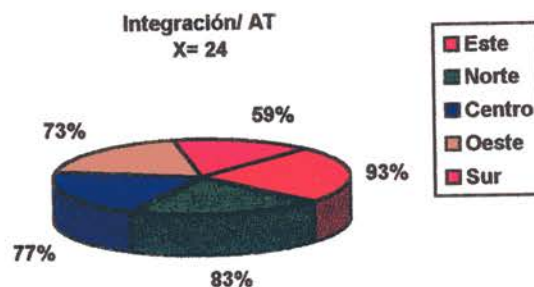
- El equipo realiza un especial seguimiento y control sobre una media global de 33 niños

Niños con especial seguimiento y control por parte del Equipo $\bar{X}=33$

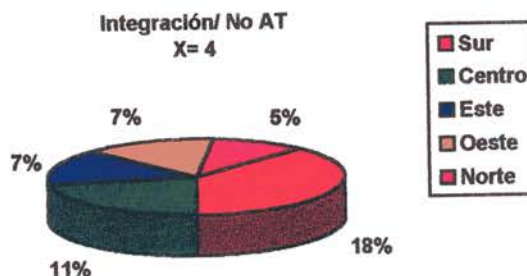


De estos niños sobre los que el equipo realiza un especial seguimiento y control:

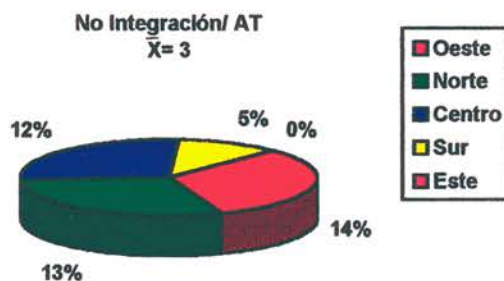
- Una media de 24, ocupan plaza de integración y reciben algún tipo de tratamiento específico de AT.



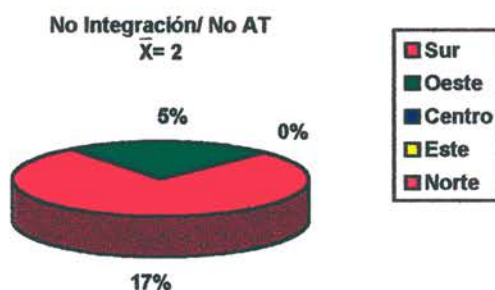
- Una media de 4, ocupa plaza de integración, pero no reciben ningún tipo de tratamiento específico de Atención Temprana fuera del contexto escolar.



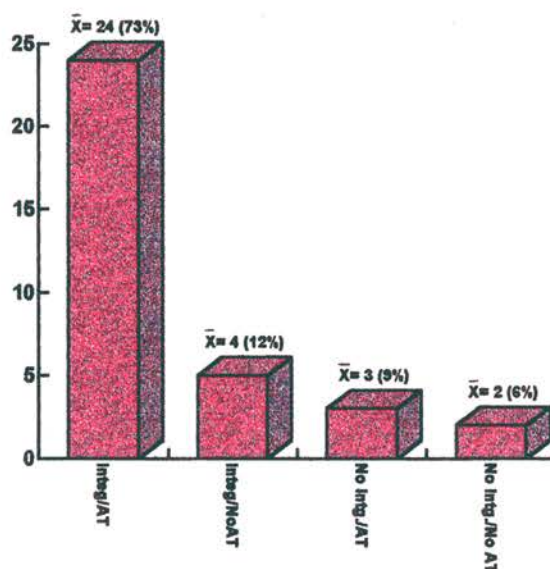
- Una media de 3 no ocupa plaza de integración, pero recibe algún tratamiento de Atención Temprana fuera del contexto escolar



- Y por último, una media de 2 niños, sobre los que el equipo mantiene un especial seguimiento y control, ni ocupan plaza de integración ni reciben ningún tipo de tratamiento de A.T.



Características de los niños con seguimiento $\bar{X}=33$ (100%)



- Las deficiencias que mayor presencia tienen en aquel seguimiento y control específico que el equipo realiza sobre determinados alumnos, siguiendo un orden de mayor a menor incidencia, es el siguiente:

1º Retraso generalizado o parcial del desarrollo sin causa determinada

2º Síndrome de Down

3º Alteraciones motoras

4º Otros síndromes

5º Secuelas de la condición de prematuridad o bajo peso al nacimiento

6º Alteraciones auditivas

7º Signos o cuadro de Autismo

8º Alteraciones visuales

9º Otras

	Centro	Sur	Este	Norte	Oeste
1º	Retr. sin causa y Alt. Motoras	Retr. sin causa	Alt. Motoras	Retr. sin causa	Sínd. Down
2º	Sínd. Down	Alt. Motoras	Secue. Prem/BP	Sínd. Down	Otros Síndrom.
3º	Secue. Prem/BP	Sínd. Down	Sínd. Down y Retr. sin causa	Alt. Motoras	Retr. sin causa
4º	Otros Síndrom.	Secue. Prem/BP	Otros Síndrom.	Otros Síndrom. y Alt. Visuales	Alt. Motoras
5º	Alt. Visuales	Alt. Auditivas	Autismo	Autismo	Secue. Prem/BP y Otras
6º	Alt. Auditivas	Otros Síndrom.	Alt. Visuales	Secue. Prem/BP	Autismo
7º	Otras	Autismo	Alt. Auditivas	Alt. Auditivas	Alt. Auditivas y Alt. Visuales
8º	Autismo	Otras	Otras	Otras	-----
9º	-----	Alt. Visuales	-----	-----	-----

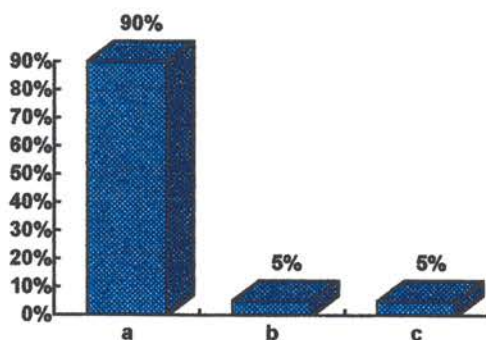
B. Papel de los distintos servicios educativos en el proceso de integración

a) Director del centro educativo

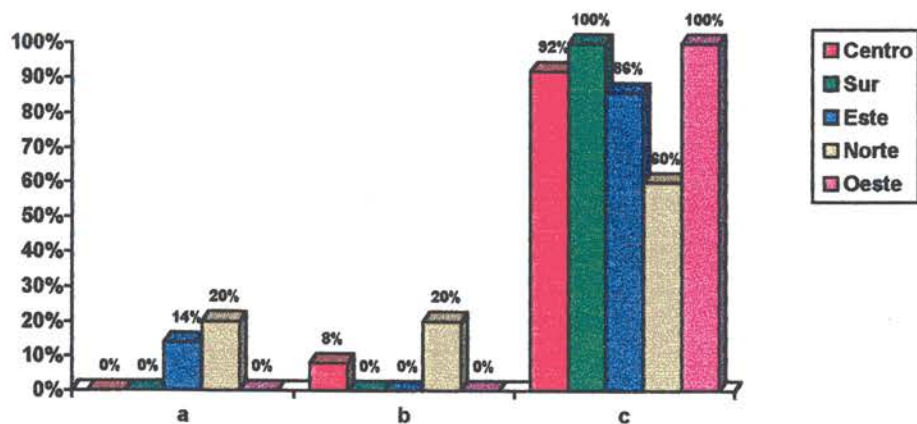
- Tipo de tarea desempeñada en el ámbito de la integración educativa (P1)

c) Además de organizar y gestionar los recursos, mantiene un seguimiento de la misma a través del contacto con el profesor de aula y el EAT (90%)	a) Sólo de revisión y control ya que considera que es una tarea específica del profesor de aula y del EAT (5%)	b) De organización y gestión de los recursos necesarios para que pueda llevarse a cabo (5%)
--	---	--

P1/ Director



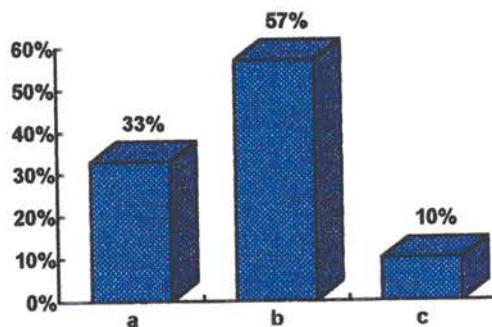
P1/ Director



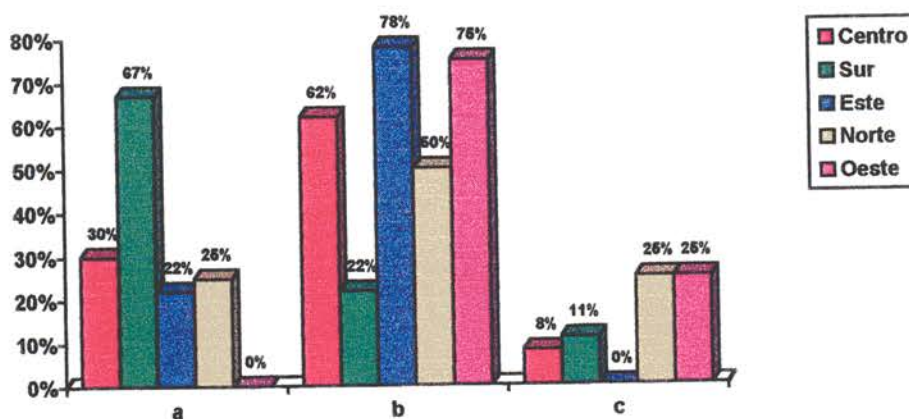
- Figura sobre la que recaen las decisiones más importantes tomadas en lo concerniente al tratamiento educativo de los niños integrados (P3)

b) Sobre el profesor tutor, quien recibe el apoyo y asesoramiento pertinente por parte del EAT	a) Sobre todos los profesionales del centro, a través de la participación y colaboración con el profesor tutor del niño integrado	c) Sobre el EAT, el que marca el camino a seguir al profesor tutor
(57%)	(33%)	(10%)

P3/ Director



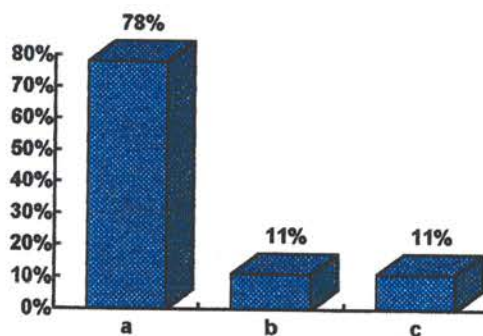
P3/ Director



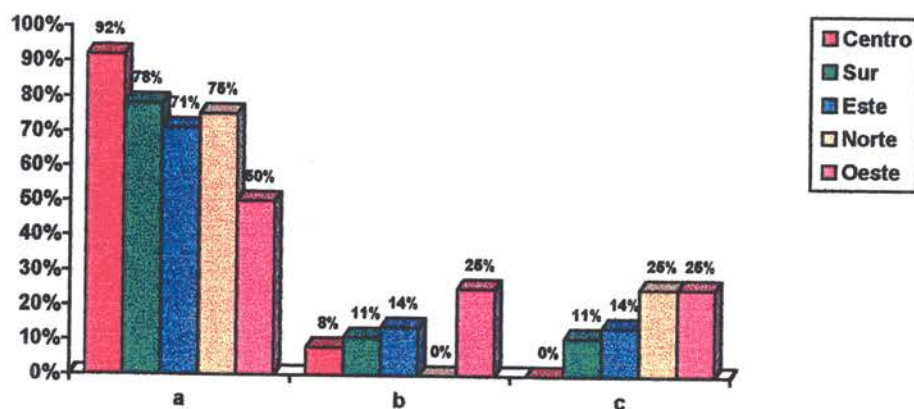
- Función del EAT en la escuela (P4)

a) Asesora y apoya a la escuela en su globalidad, de cuya actividad participa, y siempre ante cualquier problema educativo. (78%)	b) Asesora y apoya a la escuela en su globalidad, de cuya actividad participa, pero sólo ante problemas suscitados por las n.e.e. (11%)	c) Asesora y apoya básicamente al profesor de aula ante los problemas suscitados por los alumnos con n.e.e. (11%)
--	--	--

P4/ Director



P4/ Director

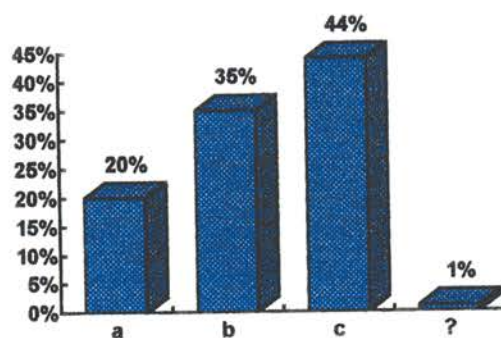


b) Educador del centro educativo

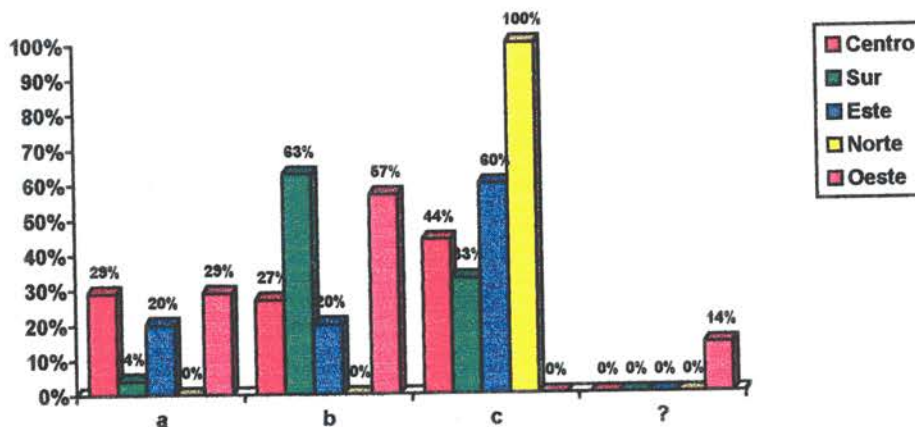
- Su labor con los niños que en su aula ocupan plaza de integración (P2)

? = 1%		
c) Es producto del propio estudio que realiza sobre las necesidades específicas de estos alumnos, sobre el que apoya su actividad (44%)	b) Es producto de las pautas o criterios de actuación que elabora el EAT, sobre los que apoya la programación de su actividad (35%)	a) Es producto de un programa o proyecto consensuado a nivel de centro, sobre el que apoya la programación de su actividad (20%)

P2/ Educador



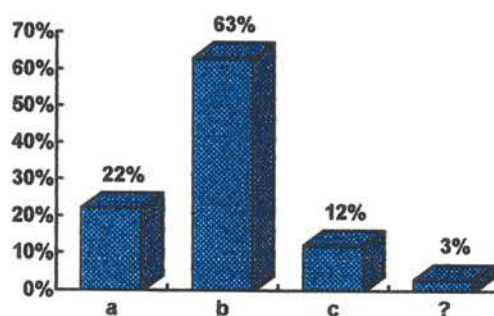
P2/ Educador



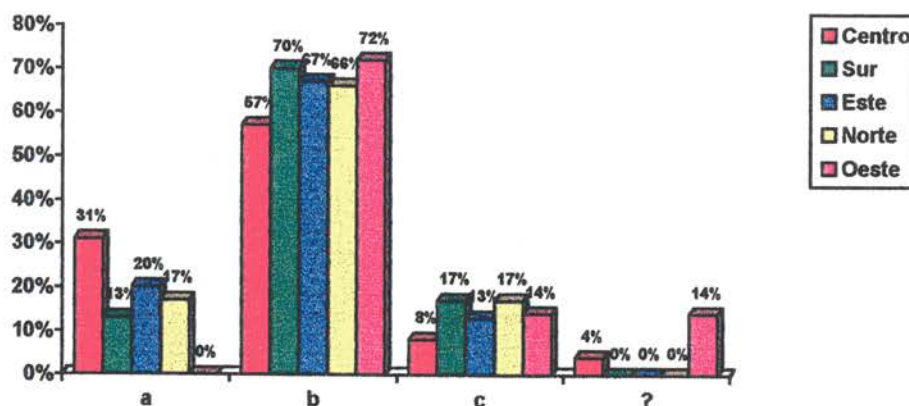
- La intervención del EAT en la escuela se caracteriza por ser una labor (P3)

? = 3%		
b) De orientación y apoyo a su actividad que desarrolla en el marco de las n.e.e. (63%)	a) De orientación y apoyo a su actividad general dentro del aula (22%)	c) De diagnóstico e intervención específica ante los casos de n.e.e. (12%)

P3/ Educador



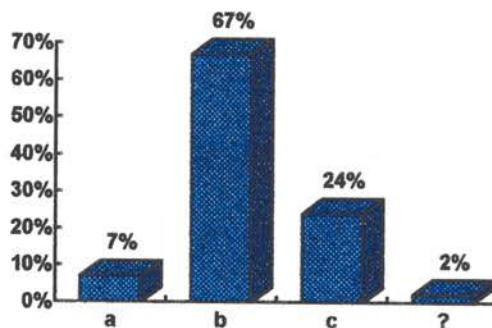
P3/ Educador



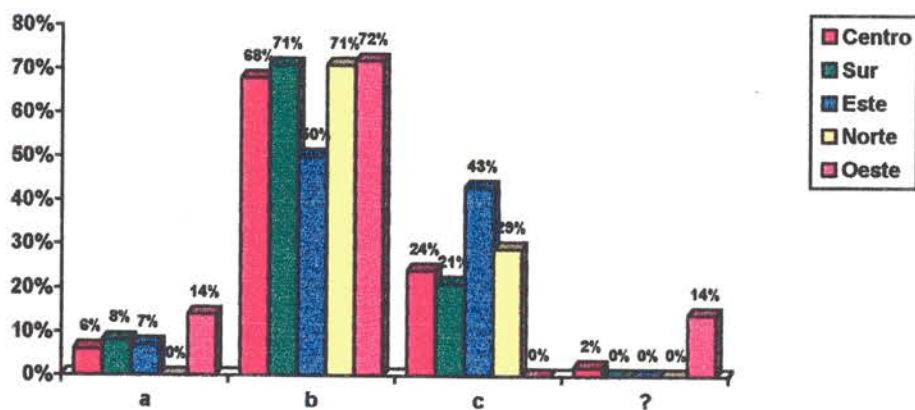
- El acceso a la información sobre los niños con n.e.e. de su aula, principalmente lo obtiene (P4)

? = 2%		
<p>b) Del EAT, a través del contacto que éste establece con la familia y otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico</p> <p style="text-align: center;">(67%)</p>	<p>c) De su propia indagación, a través de la información que obtiene del EAT, de la familia y de otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico</p> <p style="text-align: center;">(24%)</p>	<p>a) De la propia escuela, a través del contacto que ésta establece con la familia y otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico</p> <p style="text-align: center;">(7%)</p>

P4/ Educador



P4/ Educador

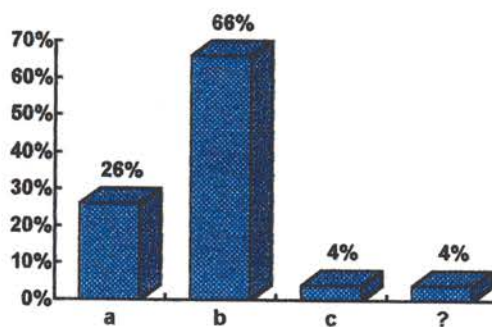


c) Psicopedagogo del EAT

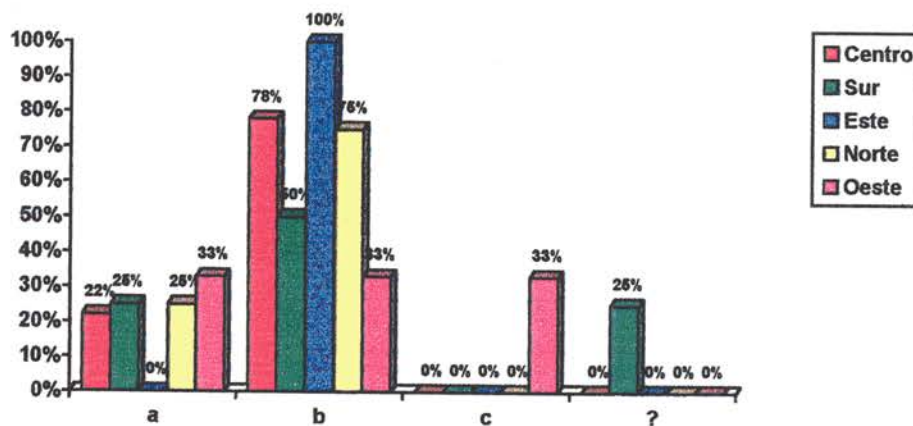
- Lugar preferente que ocupa la intervención de su equipo como servicio de apoyo a la escuela (P2)

? = 4%		
b) En el plano educativo general del centro, existiendo una participación en el PCC. (66%)	a) En el área de integración y tratamiento de las n.e.e. a nivel de centro. (26%)	c) En los casos puntuales de n.e.e., teniendo la participación un mayor peso a nivel de aula (4%)

P2/ Psicopedagogo



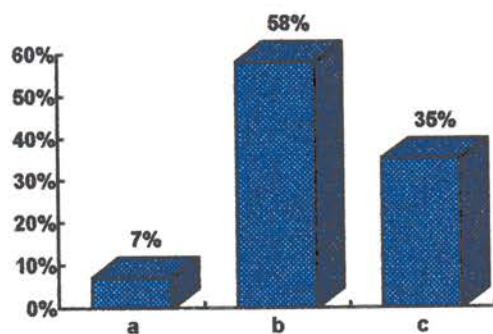
P2/ Psicopedagogo



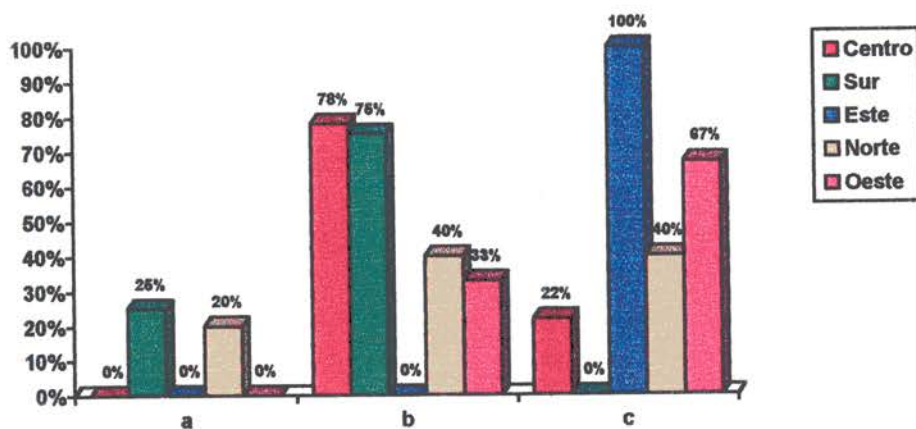
- Principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela (P3)

b) Proporciona el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula (58%)	c) Proporciona las líneas de actuación que mejor se ajustan a los casos de n.e.e. (35%)	a) Proporciona el diagnóstico y valoración pertinente en los casos de n.e.e. (7%)
---	--	--

P3/ Psicopedagogo



P3/ Psicopedagogo

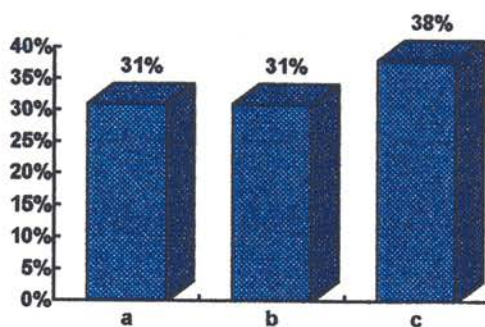


c) Profesor de Apoyo del EAT.

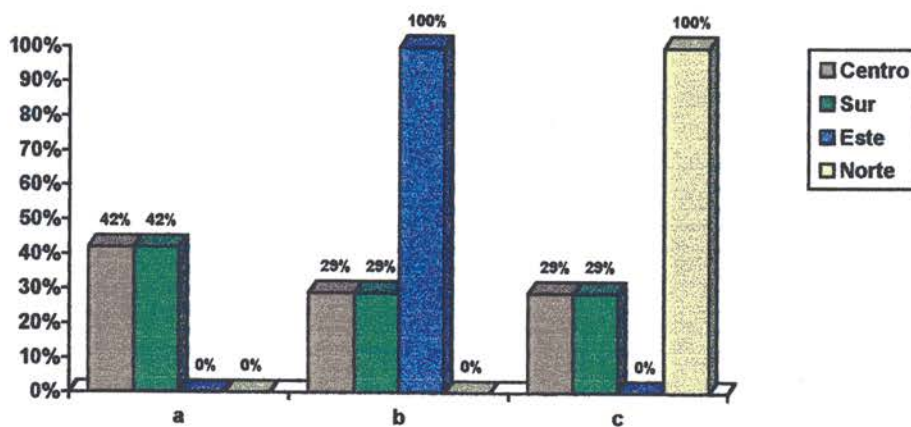
- Lugar preferente que ocupa la intervención de su equipo como servicio de apoyo a la escuela (P1)

c) En los casos puntuales de n.e.e., teniendo la participación un mayor peso a nivel de aula (38%)	a) En el área de integración y tratamiento de las n.e.e. a nivel de centro. (31%)	b) En el plano educativo general del centro, existiendo una participación en el PCC. (31%)
---	--	---

P1/ Profesor de Apoyo



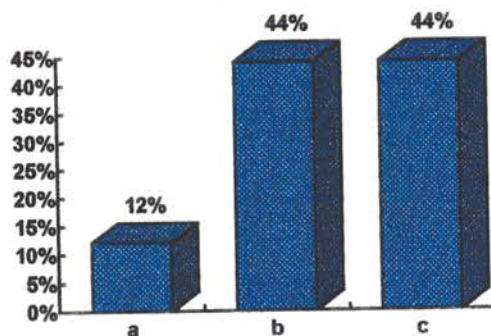
P1/ Profesor de Apoyo



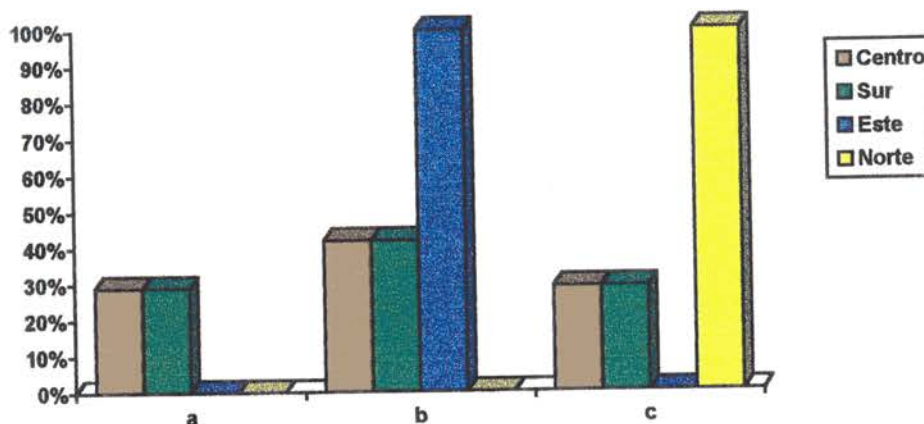
- Principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela (P2)

b) Proporciona el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula (44%)	c) Proporciona las líneas de actuación que mejor se ajustan a los casos de n.e.e. (44%)	a) Proporciona el diagnóstico y valoración pertinente en los casos de n.e.e. (12%)
---	--	---

P2/ Profesor de Apoyo



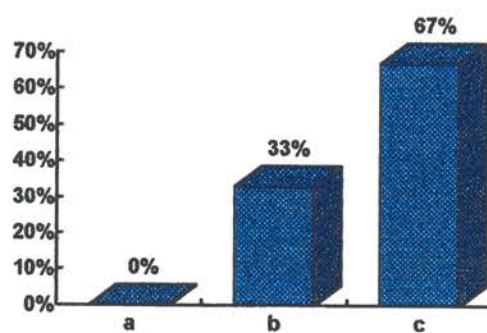
P2/ Profesor de Apoyo



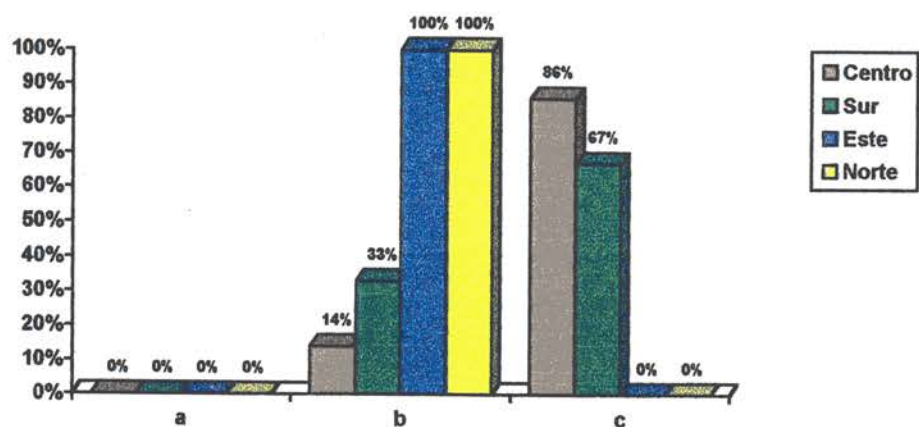
- La valoración de las n.e.e. la lleva a cabo (P4)

c) El equipo y la escuela, de forma conjunta y donde usted participa (67%)	b) El equipo en su conjunto, del que forma parte (33%)	a) Usted, de forma individual (0%)
---	---	---------------------------------------

P4/ Profesor de Apoyo



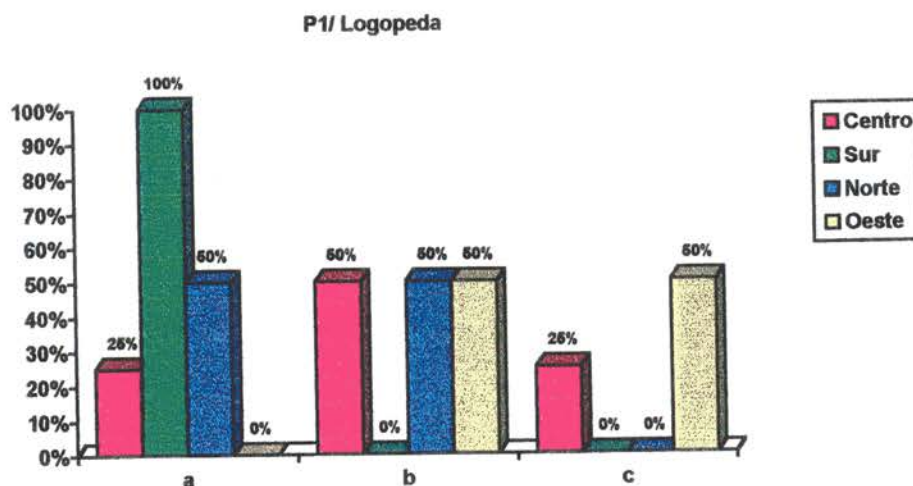
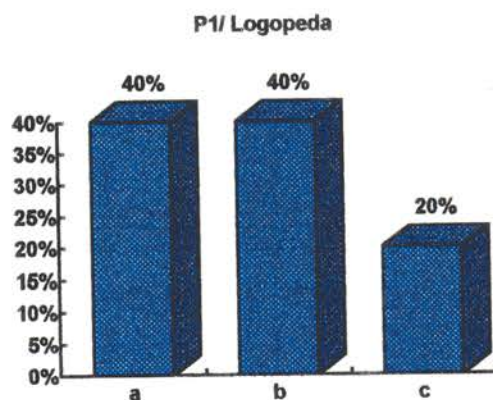
P4/ Profesor de Apoyo



c) Logopeda del EAT

- Lugar preferente que ocupa la intervención de su equipo como servicio de apoyo a la escuela (P1)

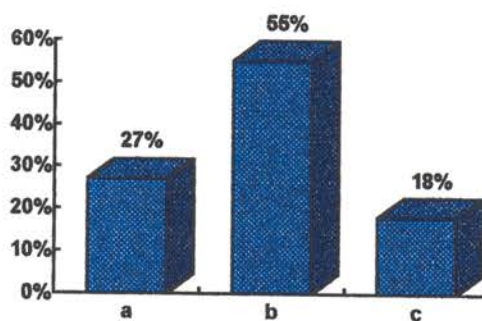
a) En el área de integración y tratamiento de las n.e.e. a nivel de centro. (40%)	b) En el plano educativo general del centro, existiendo una participación en el PCC (40%)	c) En los casos puntuales de n.e.e., teniendo la participación un mayor peso a nivel de aula (20%)
--	--	---



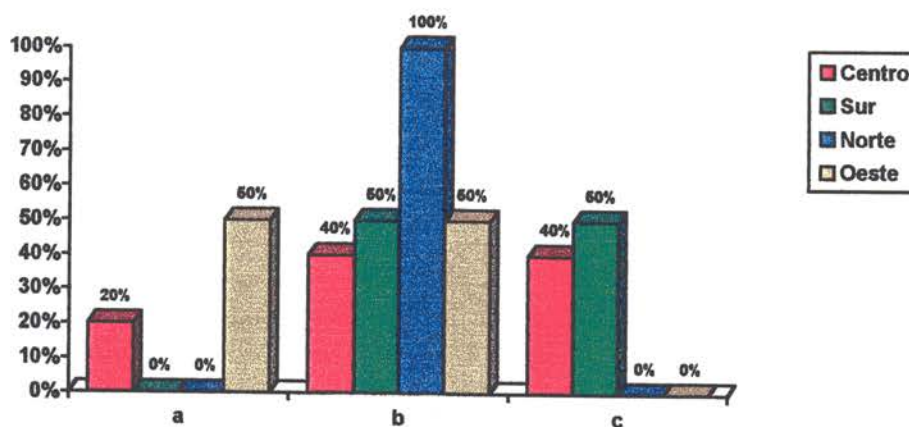
- Principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela (P2)

b) Proporciona el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula (55%)	a) Proporciona el diagnóstico y valoración pertinente en los casos de n.e.e. (27%)	c) Proporciona las líneas de actuación que mejor se ajustan a los casos de n.e.e. (18%)
---	---	--

P2/ Logopeda



P2/ Logopeda

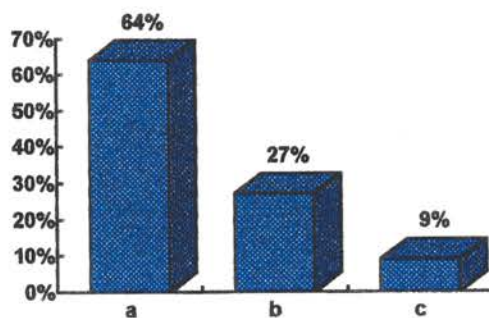


c) Trabajador Social del EAT

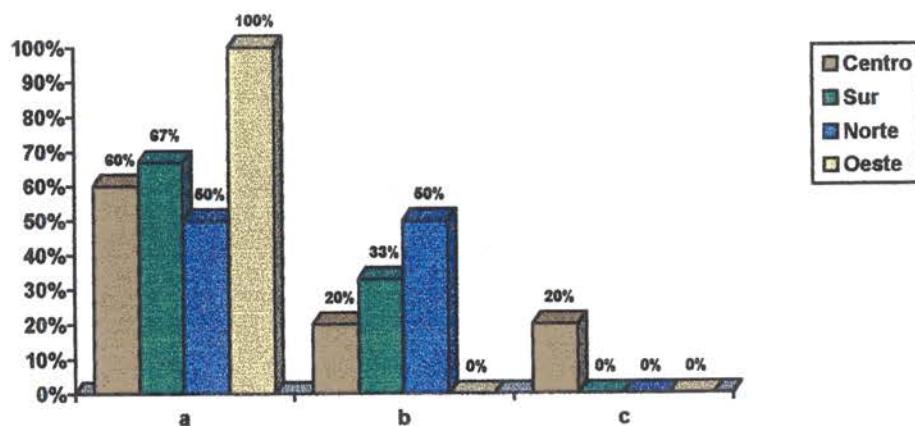
- Lugar preferente que ocupa la intervención de su equipo como servicio de apoyo a la escuela (P1)

a) En el área de integración y tratamiento de las n.e.e. a nivel de centro. (64%)	b) En el plano educativo general del centro, existiendo una participación en el PCC (27%)	c) En los casos puntuales de n.e.e., teniendo la participación un mayor peso a nivel de aula (9%)
--	--	--

P1/ Trabajador Social



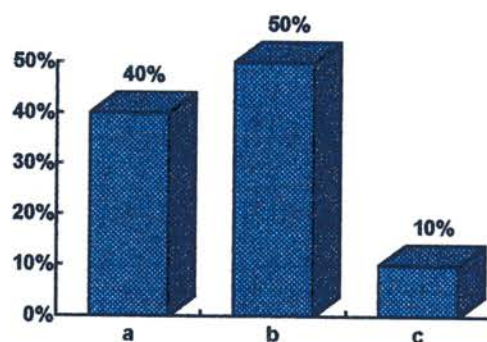
P1/ Trabajador Social



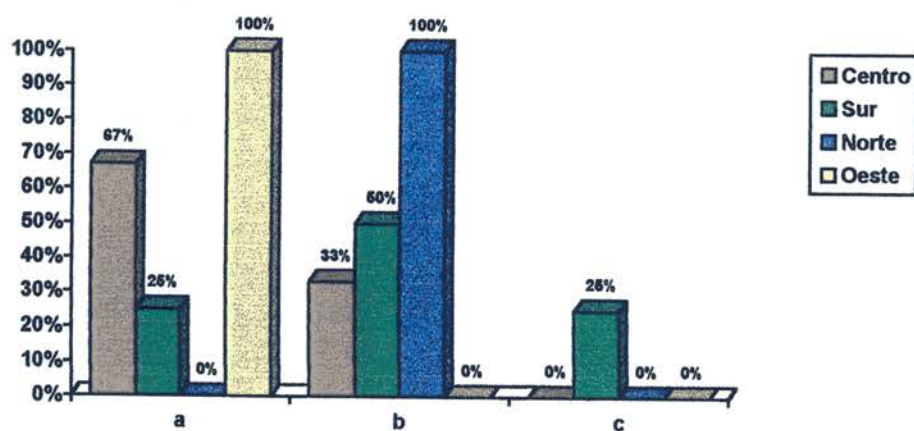
- Principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela (P2)

b) Proporciona el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula (50%)	a) Proporciona el diagnóstico y valoración pertinente en los casos de n.e.e. (40%)	c) Proporciona las líneas de actuación que mejor se ajustan a los casos de n.e.e. (10%)
---	---	--

P2/ Trabajador Social



P2/ Trabajador social



SENSIBILIZACIÓN DE LOS DISTINTOS SERVICIOS ANTE LA NECESIDAD DE UNA ACTIVIDAD COMUNICATIVA

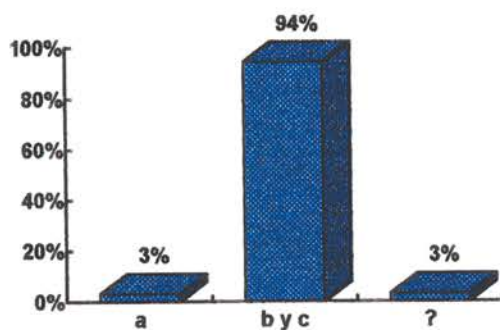
A. Ámbito Educativo

a) Director de la escuela

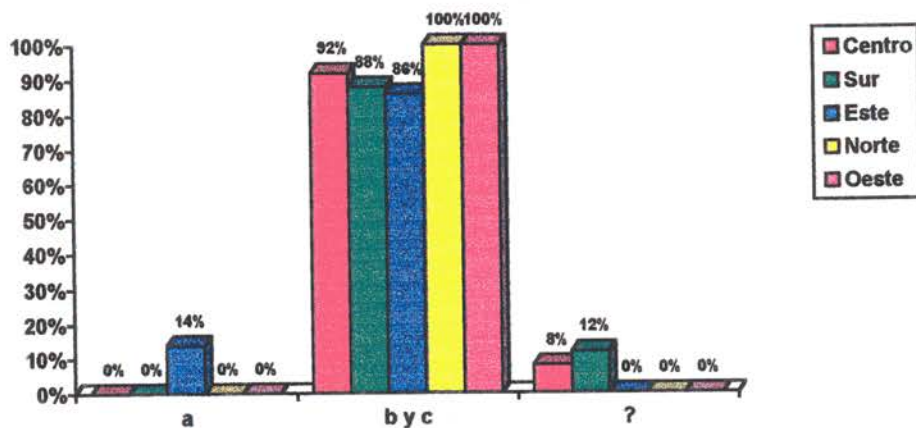
- Tipo de contacto con los Centros de Atención Temprana de zona (P2)

? = 3%	
a) Mínimo, no lo considera imprescindible para la labor específica que, como Director, desempeña en su centro (3%)	b) y c) Existe, de manera directa o indirecta (94%)

P2/ Director



P2/ Director



b) Educador de la escuela

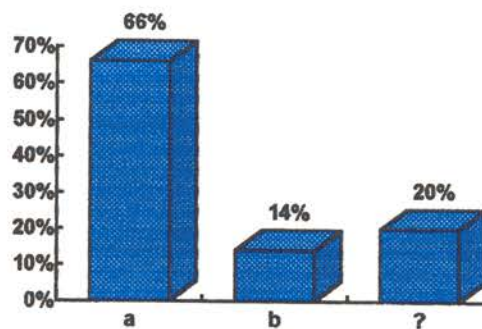
- Calificación de la información que, sobre los niños de integración que tiene en su aula, pueden aportar los CAT en los que reciben tratamiento estos niños (P5)

? = 20%	
a) De gran utilidad, lo transcurrido en los CAT tiene importantes consecuencias para el tratamiento educativo (66%)	b) Poco relevante, su actividad como educador es de naturaleza muy distinta a la que se lleva a cabo en estos centros y su implicación mínima. (14%)

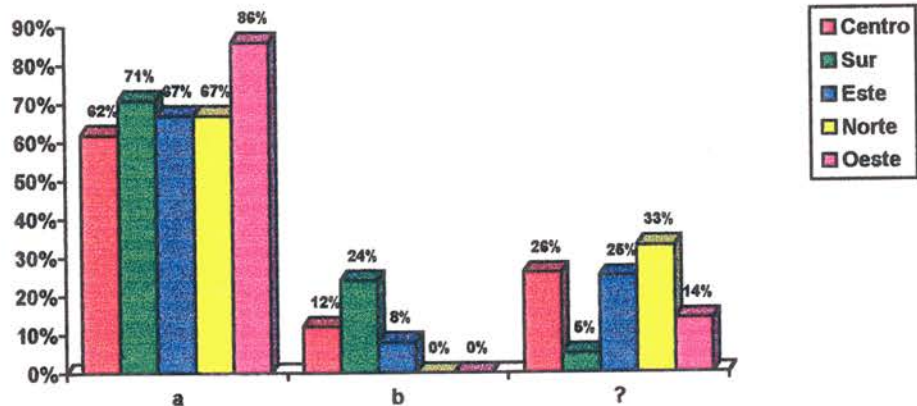


a.1 Sirve de guía y orientación en el diseño de su actividad (61%)
a.2 Pese a saber su relevancia, la mayoría de veces no sabe como utilizarla (10%)
a.3 Le es de muy difícil acceso (29%)

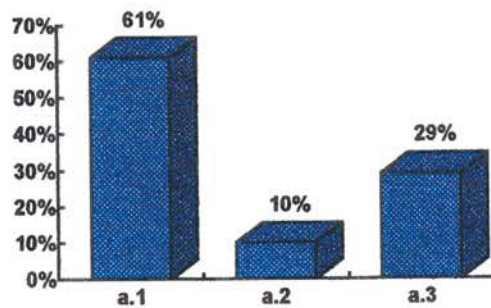
P5/ Educador



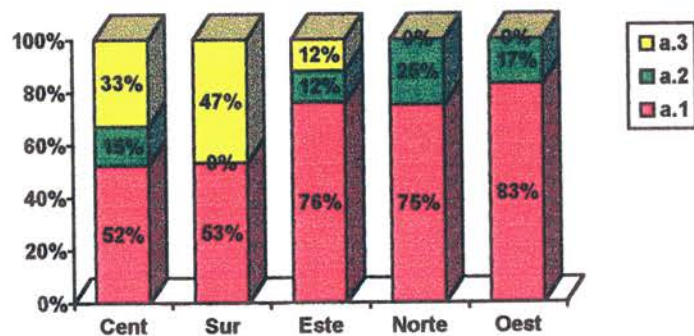
P5/ Educador



P5/ Educador



P5/ Educador

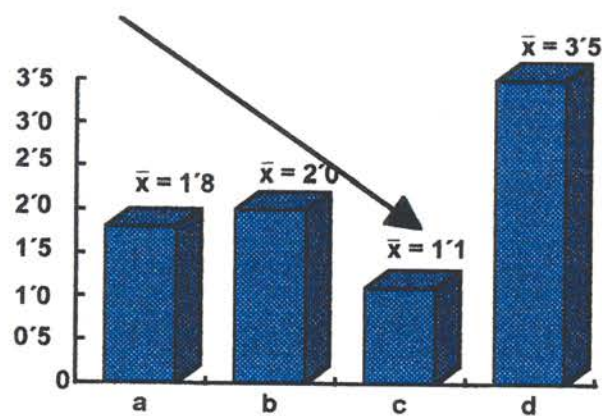


d) Profesor de Apoyo del EAT

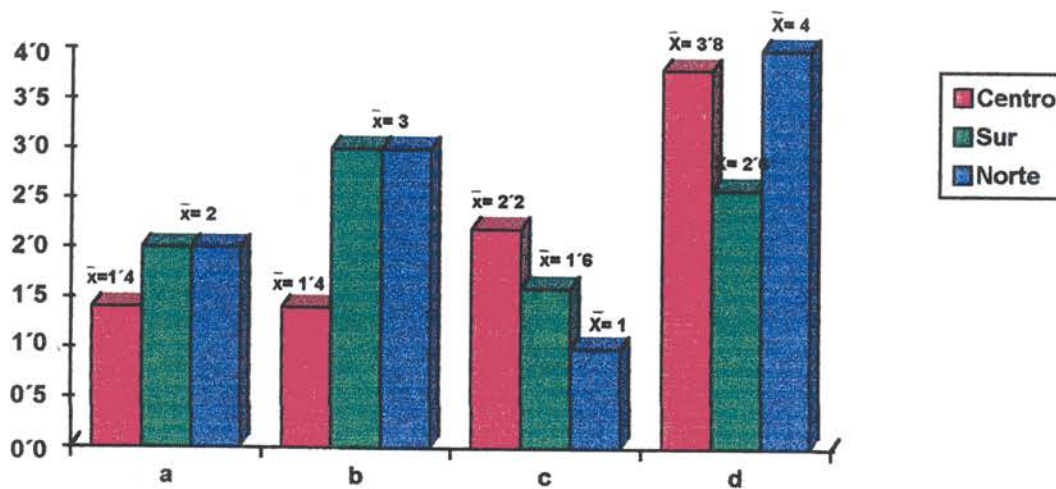
- Orden que le corresponde a las siguientes fuentes de información en función de la mayor o menor utilidad que representan para valoración de las n.e.e. (1, la más relevante, 4 la menos) (P5)

? = 8%			
c) El examen psicopedag. al que es sometido el niño por el EAT ($\bar{x} = 1'1$)	a) El contexto familiar ($\bar{x} = 1'8$)	b) El contexto escolar ($\bar{x} = 2$)	d) Los CAT, en los casos que el niño reciba tratamiento específico ($\bar{x} = 3'54$)

P5/ Profesor de Apoyo



P5/ Profesor de Apoyo



e) Logopeda del EAT

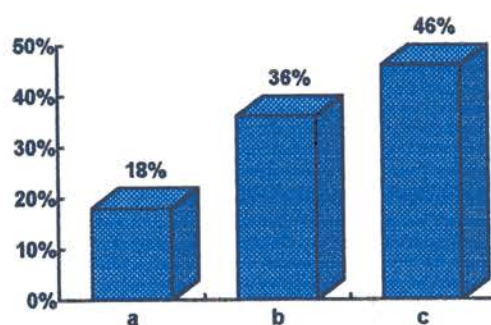
- La relación mantenida con los CAT para el desempeño de su actividad (P4)

a) Es importante, al permitirle una información valiosa sobre los niños que trata y reciben tratamiento en estos CAT (18%)	b) Es importante, al permitirle una intervención sincronizada y complementaria al tratamiento que, sobre lenguaje, se lleva a cabo en estos centros (36%)	c) No es muy relevante ya que no tiene un peso excesivo en el desempeño de su actividad (46%)
---	--	--

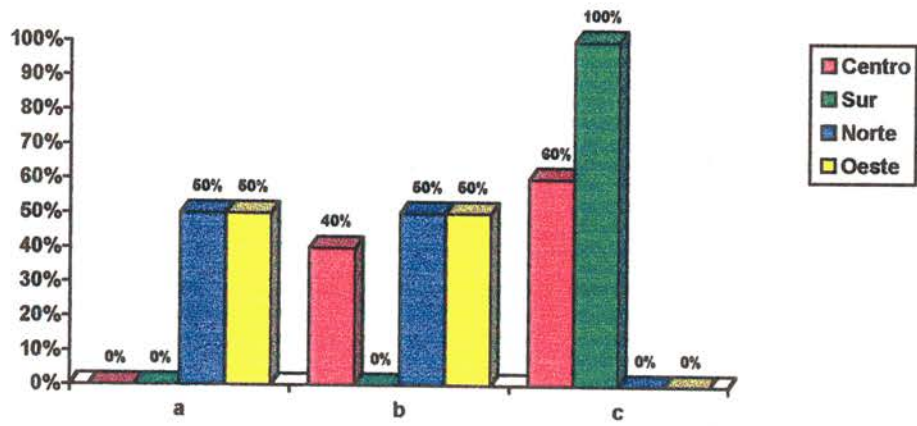


c.1 Son pocos los niños que trata y reciben tratamiento en los CAT (60%)
c.2 La información que procede de estos centros tiene muy poca incidencia sobre su actividad (40%)

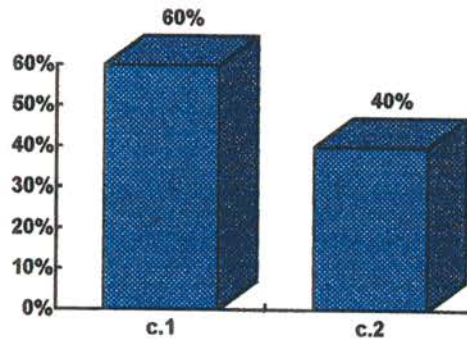
P4/ Logopeda



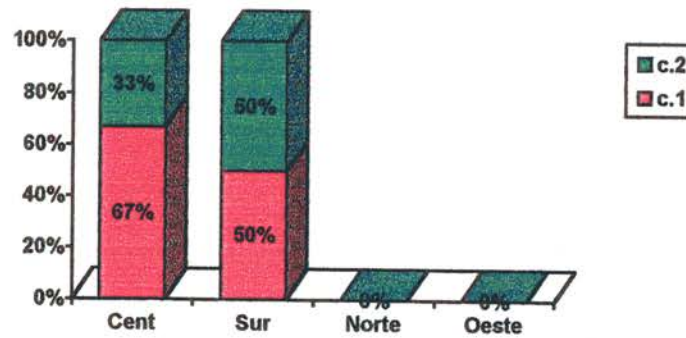
P4/ Logopeda



P4/ Logopeda



P4/ Logopeda

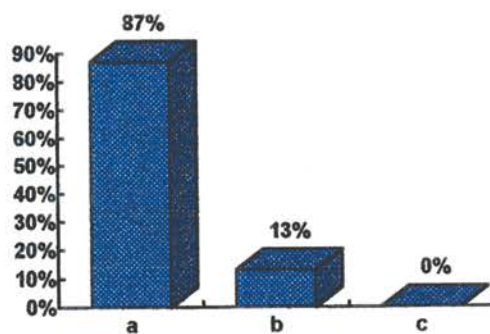


f) Trabajador Social del EAT

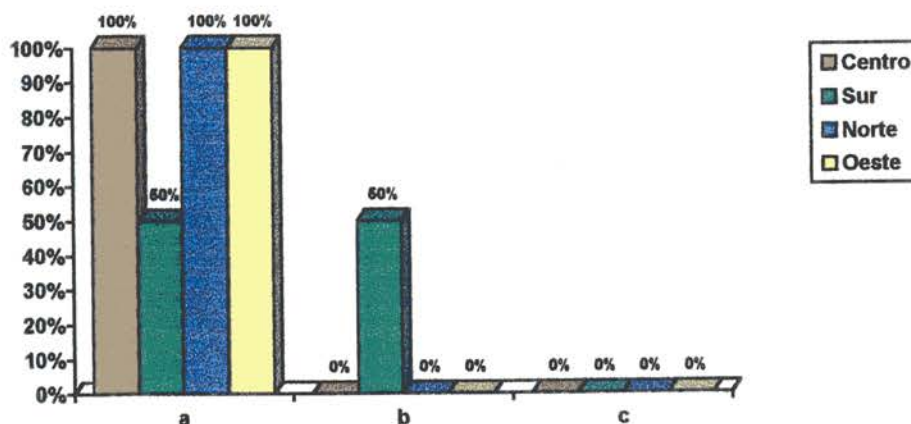
- La relación mantenida con los CAT en calidad de Trabajador Social (P4)

a) Es estrecha por las importantes repercusiones que lo transcurrido en estos centros tiene en su actividad (87%)	b) Es nula ya que lo transcurrido en estos centros no tiene gran repercusión en su actividad (13%)	c) Es nula por la dificultad que supone establecer una comunicación con estos centros (0%)
--	---	---

P4/ Trabajador Social



P4/ Trabajador Social



B. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

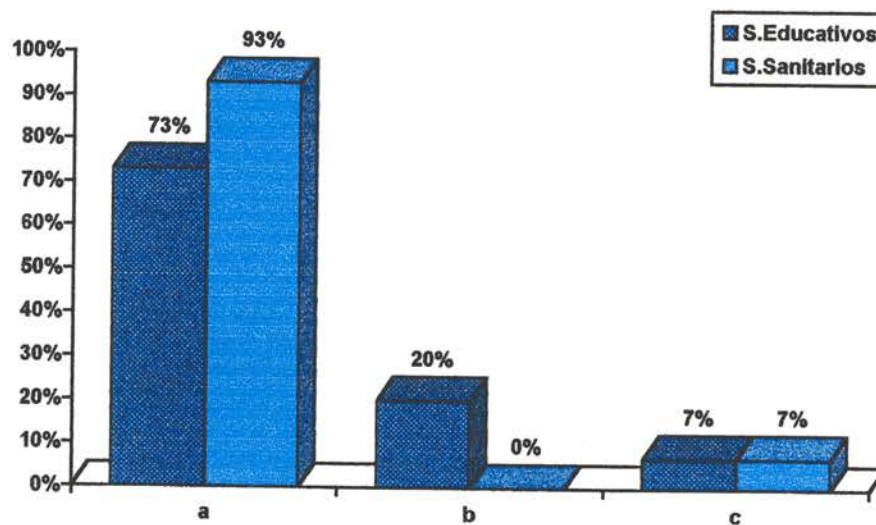
- Relevancia de la información que los servicios educativos y sanitarios pueden aportar a la labor desarrollada en el CAT (P1)

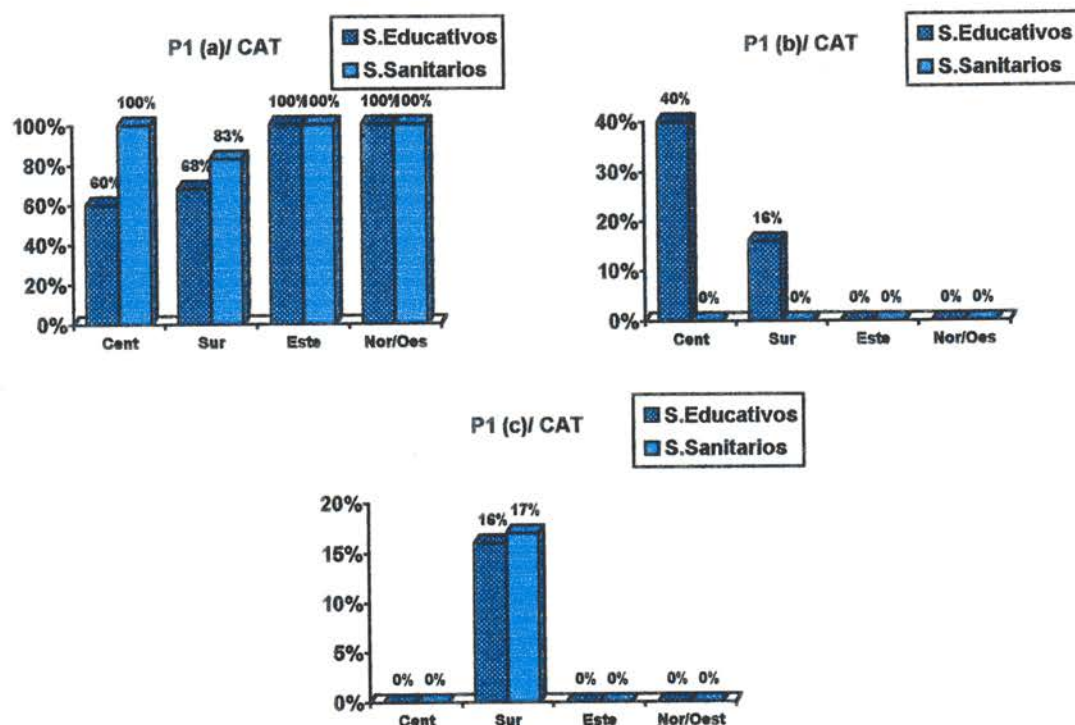
Con referencia a los Servicios Educativos

a) Mucha (73%)	b) Importante, aunque no imprescindible (20%)	c) Poca o nada (7%)
-------------------	--	------------------------

Con referencia a los Servicios Sanitarios

a) Mucha (93%)	b) Importante, aunque no imprescindible (0%)	c) Poca o nada (7%)
-------------------	---	------------------------

P1/ C.Atención Temprana

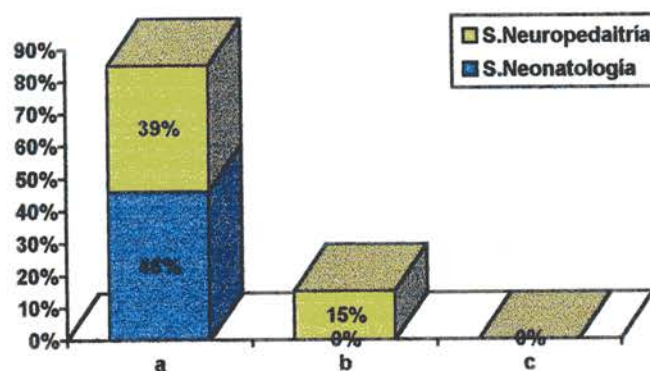


C. Ámbito Sanitario

- Relevancia de la información que los servicios sociales (CAT) pueden aportar a la labor desarrollada en el ámbito hospitalario (P1)

a) Mucha	b) Importante, aunque no imprescindible	c) Poca o nada
(85%)	(15%)	(0%)

P1/ S.Hospitalario



LA ACTIVIDAD COMUNICATIVA EN LOS DISTINTOS SERVICIOS Y SU SISTEMATIZACIÓN

- LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN -

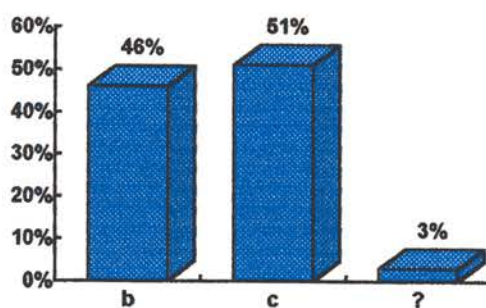
A. Ámbito Educativo

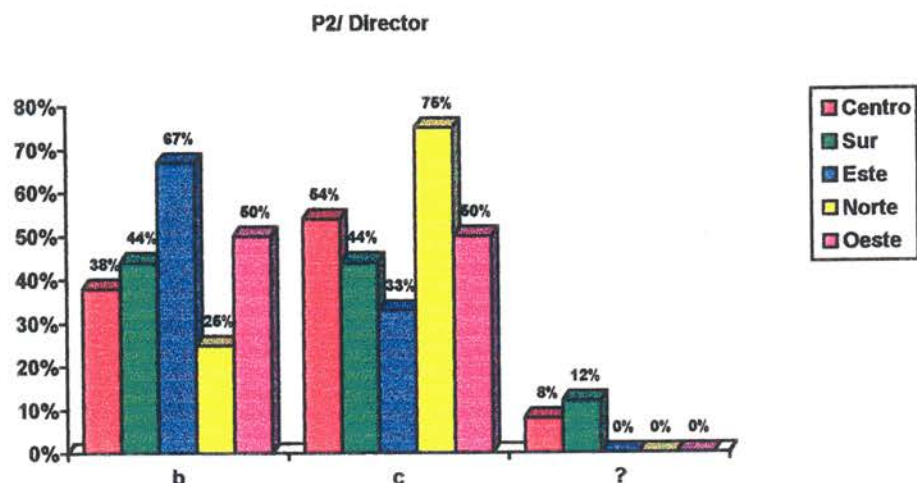
a) Director del centro educativo

- El contacto con los CAT de su sector (P2)

<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px 10px;">? = 3%</div>	
c) Es un contacto indirecto a través del EAT o los profesores de su centro <div style="text-align: right;">(51%)</div>	b) Es un contacto directo a través de la conexión con determinados miembros de estos CAT <div style="text-align: right;">(46%)</div>

P2/ Director

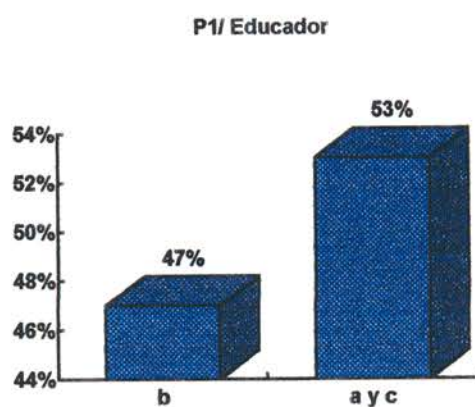


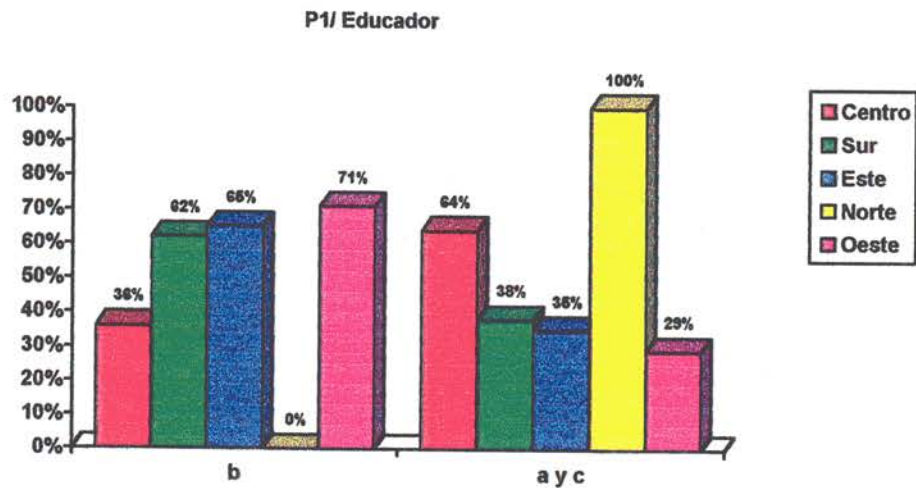


b) Educador del centro educativo

- Relación que la escuela establece con los CAT de su sector (P1)

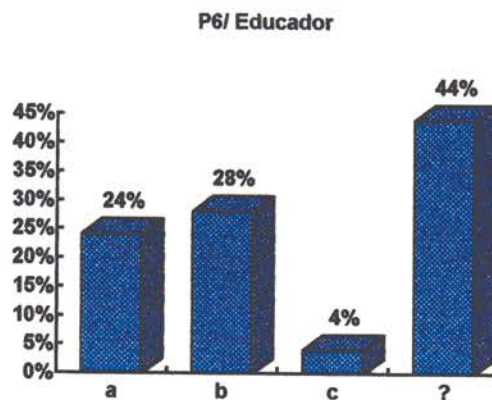
<p>b) Es una relación apoyada fundamentalmente en la labor del EAT como elemento de conexión entre escuela y estos centros</p> <p style="text-align: right;">(47%)</p>	<p>a) y c) Es una relación, en mayor o menor medida formalizada, pero siempre de forma directa entre la escuela, o alguno de sus miembros, y estos centros.</p> <p style="text-align: right;">(53%)</p>
---	--



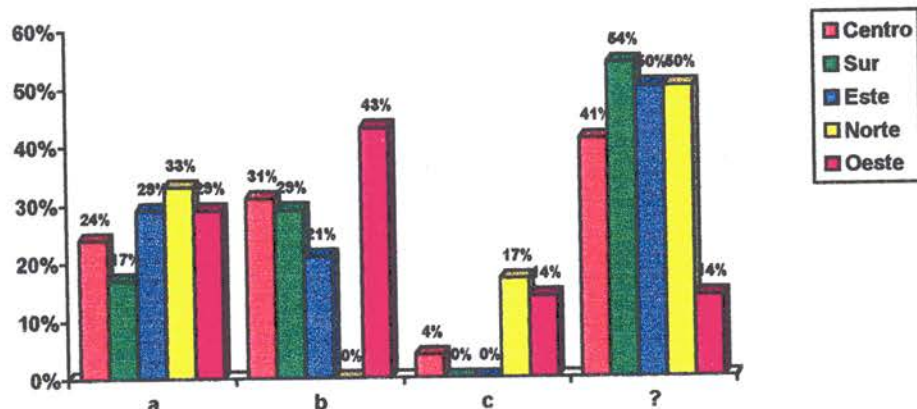


- En caso de existir unos mecanismos de comunicación con los CAT, la principal fuente de información sobre lo acontecido en los mismos la constituye (P6)

? = 44%		
b) El Equipo de Atención Temprana (28%)	a) Los contactos que, de manera directa, establece con los distintos miembros del CAT (24%)	c) La propia escuela, principalmente a través de la directora (4%)



P6/ Educador

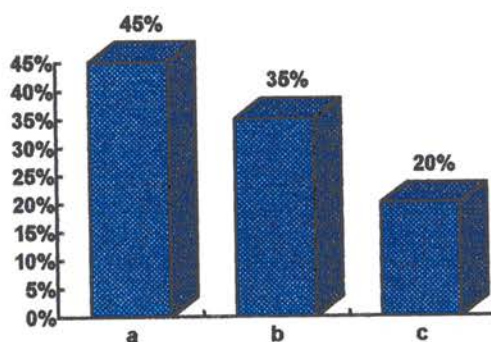


c) Psicopedagogo del EAT

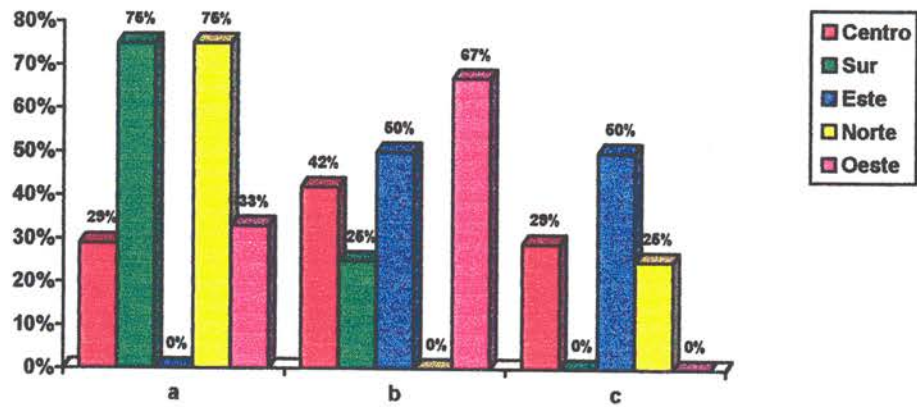
- La relación con los CAT está basada en un contacto (P5)

a) Principalmente entre la escuela y el CAT (45%)	b) Principalmente entre el EAT y el CAT, sirviendo de punto de conexión entre escuela y CAT (35%)	c) Indistintamente entre escuela y CAT (20%)
--	--	---

P5/ Psicopedagogo



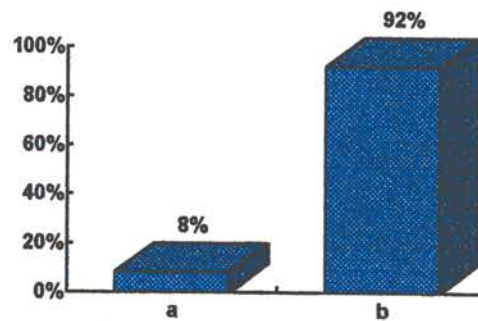
P5/ Psicopedagogo

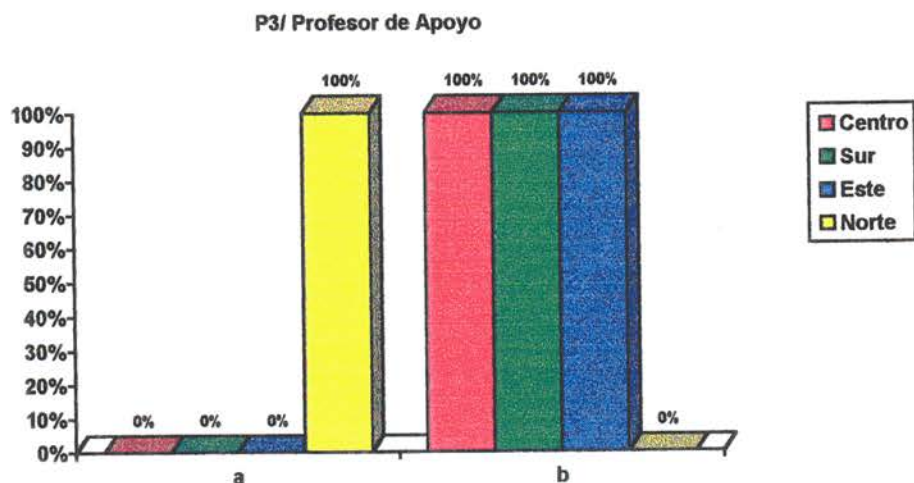
d) Profesor de Apoyo del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

<p>b) Es una relación entre el EAT y los CAT, posibilitando así una relación indirecta entre escuela y CAT</p> <p>(92%)</p>	<p>a) Es una relación directa entre la escuela y los CAT</p> <p>(8%)</p>
---	--

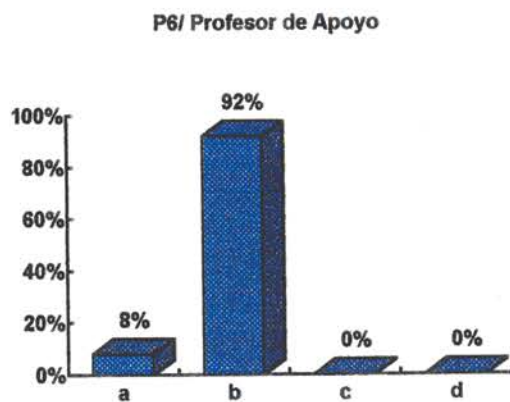
P3/ Profesor de Apoyo

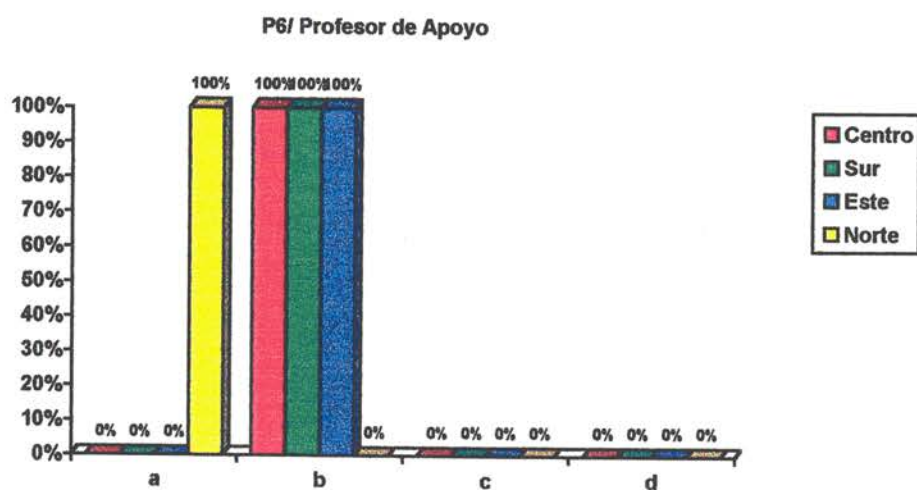




- Principalmente, establece sus relaciones con los CAT de su sector (P6)

b) A través del EAT, del que forma parte	a) A través del propio centro escolar	c) A través del contacto que de manera directa establece usted siempre que se presente la necesidad ante algún caso en común	d) No mantiene un tipo de relación lo suficientemente significativa que merezca la pena destacar
(92%)	(8%)	(0%)	(0%)

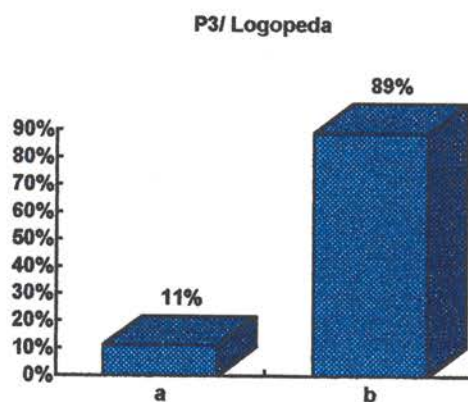


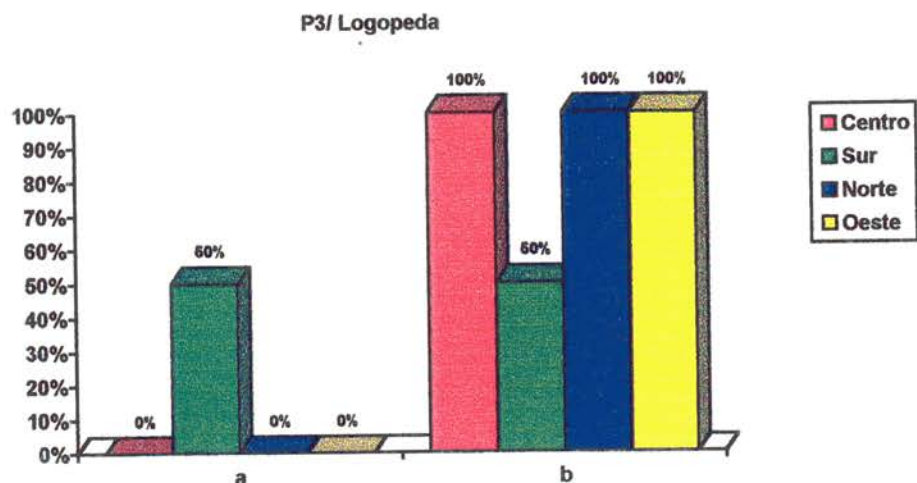


e) Logopeda del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

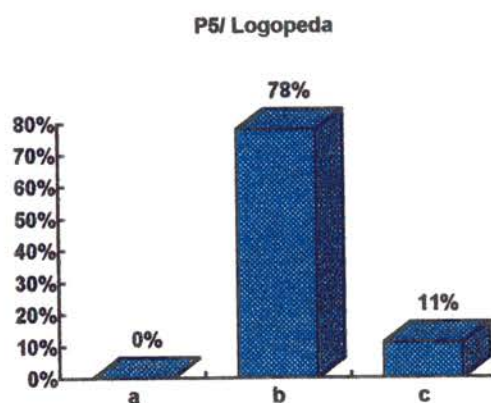
<p>b) Es una relación entre el EAT y los CAT, posibilitando así una relación indirecta entre escuela y CAT</p> <p style="text-align: right;">(89%)</p>	<p>a) Es una relación directa entre la escuela y los CAT</p> <p style="text-align: right;">(11%)</p>
--	--

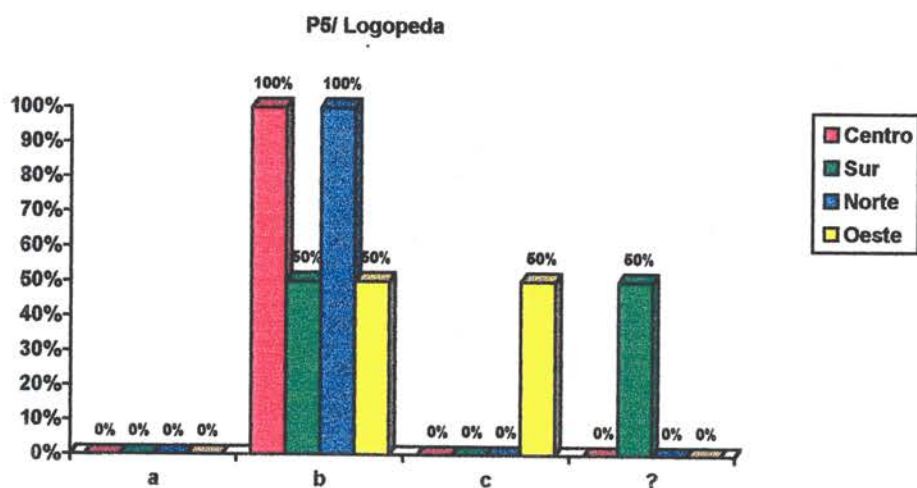




- En caso de existir una relación con los CAT, ésta la establece principalmente (P5)

? = 11%		
b) A través del EAT, del que forma parte	c) A través del contacto que de manera directa establece usted siempre que se presente la necesidad ante algún caso en común	a) A través del propio centro escolar
(78%)	(11%)	(0%)

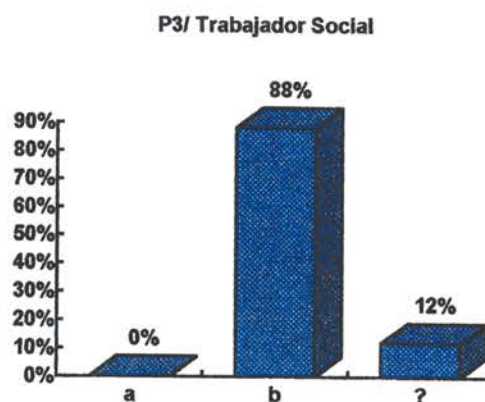


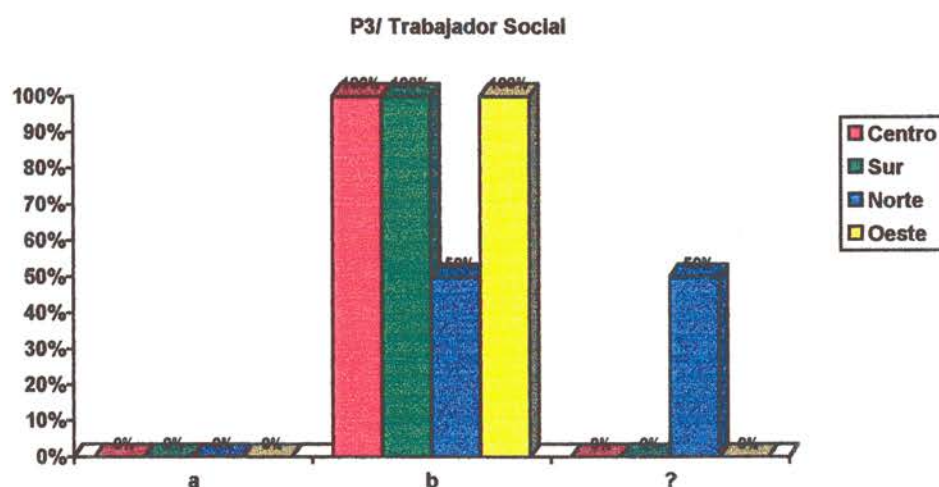


f) Trabajador Social del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

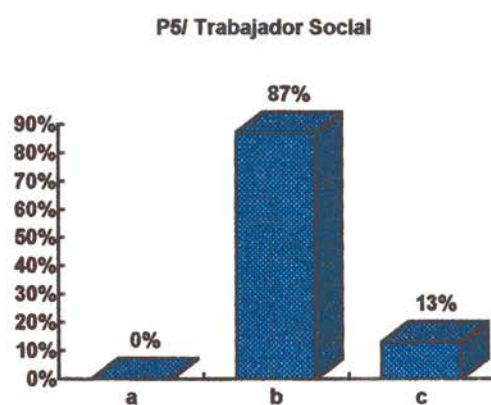
? = 12%	
<p>b) Es una relación entre el EAT y los CAT, posibilitando así una relación indirecta entre escuela y CAT</p> <p style="text-align: right;">(88%)</p>	<p>a) Es una relación directa entre la escuela y los CAT</p> <p style="text-align: right;">(0%)</p>

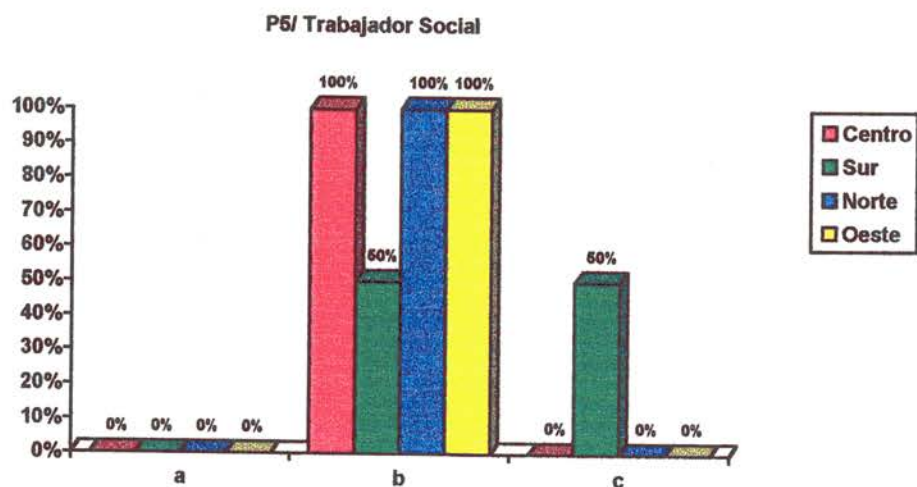




- En caso de existir una relación con los CAT, ésta la establece principalmente (P5)

<p>b) A través del EAT, del que forma parte</p> <p>(87%)</p>	<p>c) A través del contacto que de manera directa establece usted siempre que se presente la necesidad ante algún caso en común</p> <p>(13%)</p>	<p>a) A través del propio centro escolar</p> <p>(0%)</p>
--	--	--





B. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

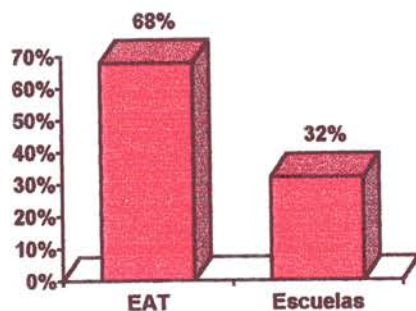
- Servicios con los que normalmente se mantiene una relación (P10)

Con referencia a los Servicios Educativos

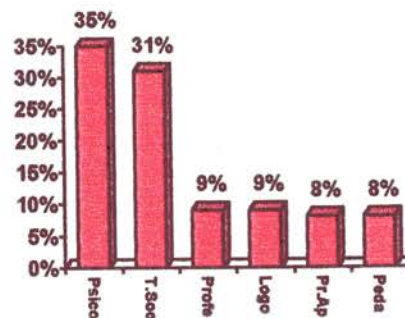
a)	
a.1 Equipos Psicopedagógicos (68%)	a.2 Centros Escolares (32%)

b)		
b.1 Psicólogo (35%)	b.3 Trabajador Social (31%)	b.5 Profesores (9%)
b.2 Logopeda (9%)	b.4 Profesor de Apoyo (8%)	b.6 Pedagogo (8%)

**P10 (a)/ C.Atención Temprana
Referencia a los S.Educativos**



**P10(b)/ C.Atención Temprana
Referencia a los S.Educativos**



Con referencia a los Servicios Sanitarios

a)

a.1 Especialidades hospitalarias (57%)	a.2 Centros de Salud/ Pediatría (43%)	a.3 Servicio de Salud Mental (5%)
--	---	---

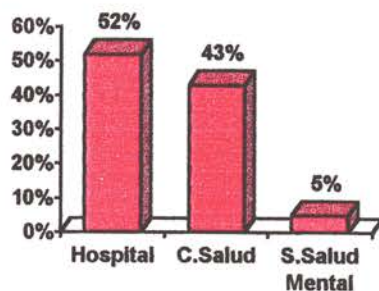


a.1.1 Neurología (33%)
a.1.2 Neonatología (33%)
a.1.3 Oftalmología (11%)
a.1.4 ORL (11%)
a.1.5 Rehabilitación Infa. (6%)
a.1.6 Traumatología Infa. (6%)

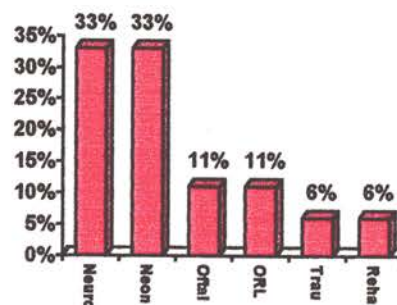
b)

b.1 Médicos de las distintas especialidades (42%)	b.2 Trabajador Social + Médicos de las distintas especialidades (33%)	b.3 Trabajador Social (25%)
---	---	---------------------------------------

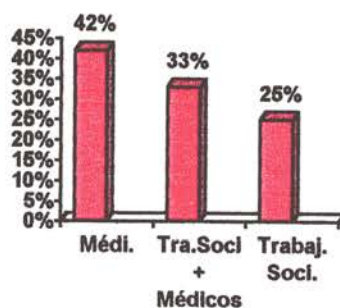
P10 (a)/ C.Atención Temprana
Referencia a los S.Sanitarios



P10(a.1)/ C.Atención Temprana
Referencia a los S.Sanitarios



P10 (b)/ C.Atención Temprana
Referencia a los S.Sanitarios



C. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

- Servicios con los que normalmente se mantiene una relación (P10)

El 38% de los Servicios Hospitalarios encuestados se abstienen de contestar a esta pregunta; el 43% de servicios de Neuropediatría y el 33 % de servicios de Neonatología.

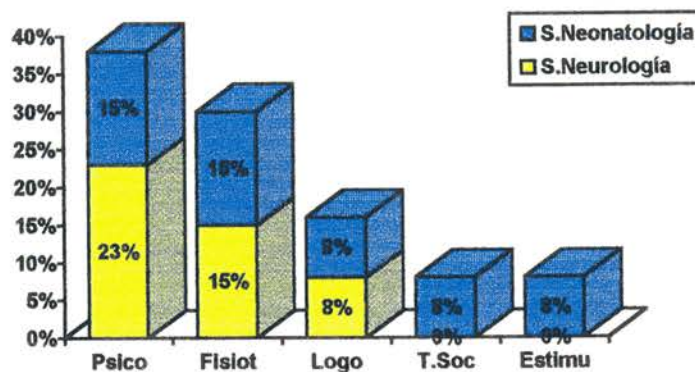
a) Asociaciones y Centros Base del INSERSO

(100%)

b)

b.1 Psicólogo (38%)	b.2 Fisioterapeuta (30%)	b.3 Logopeda (16%)	b.4 Trabaja. Social (8%)	b.5 Estimulador (8%)
-------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

P10/ Servicio Hospitalario



- LOS CANALES DE COMUNICACIÓN -

A. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

- El acceso a la información de los servicios educativos o sanitarios, normalmente tiene lugar (P4)

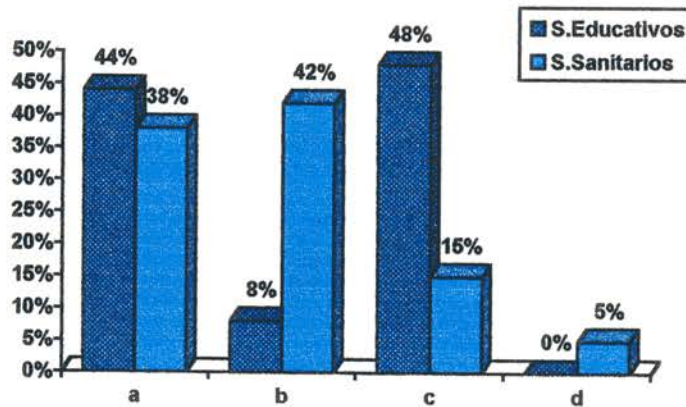
Con referencia a los Servicios Educativos

c) A través de un contacto directo con los S.Educativos (48%)	a) A través de la familia, de forma verbal (44%)	b) A través de la familia, de forma escrita (8%)	d) A través de otras (0%)
---	--	--	-------------------------------------

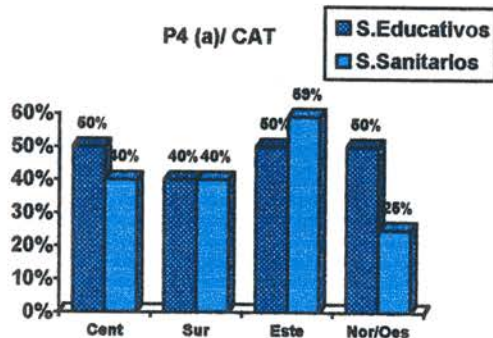
Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) A través de la familia, de forma escrita	a) A través de la familia, de forma verbal	c) A través de un contacto directo con los S.Educativos	d) A través de otras: <i>Informes Clínicos</i>
(42%)	(38%)	(15%)	(5%)

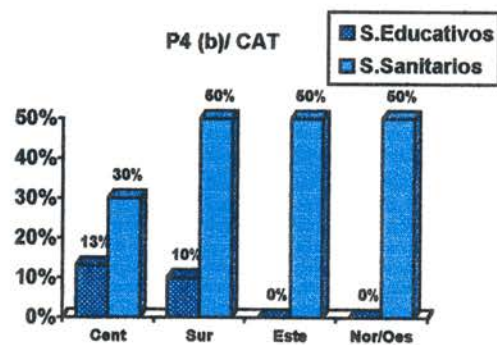
P4/ C.Atención Temprana



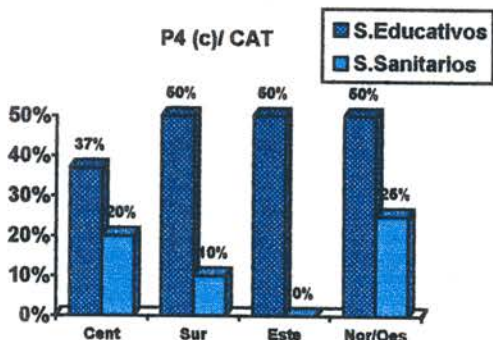
P4 (a)/ CAT



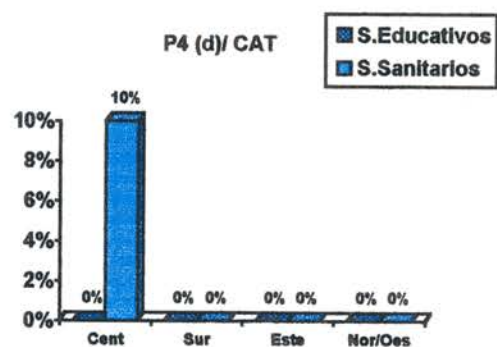
P4 (b)/ CAT



P4 (c)/ CAT



P4 (d)/ CAT



- Su centro, normalmente realiza una transmisión de información a los servicios educativos y sanitarios (P7)

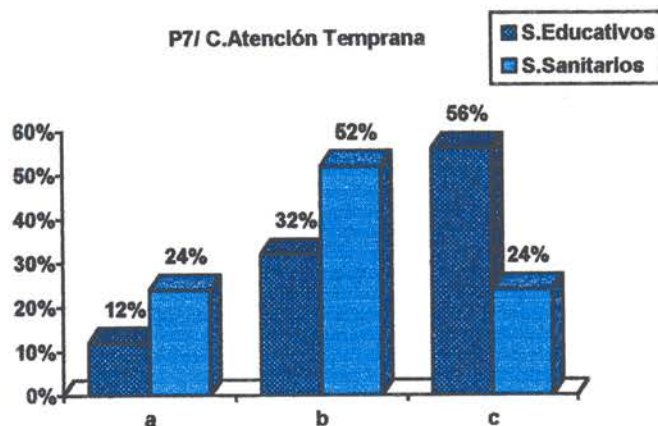
Con referencia a los Servicios Educativos

c) A través de un contacto directo con estos servicios (56%)	b) A través de la familia, de forma escrita (32%)	a) A través de la familia, de forma verbal (12%)
---	--	---

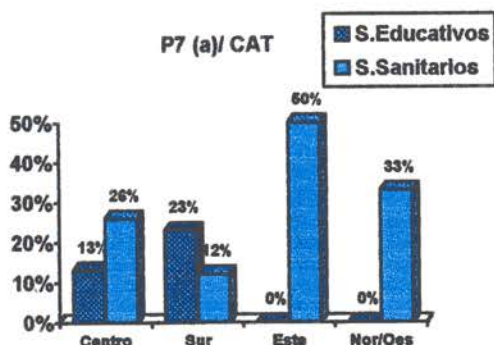
Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) A través de la familia, de forma escrita (52%)	a) A través de la familia, de forma verbal (24%)	c) A través de un contacto directo con estos servicios (24%)
--	---	---

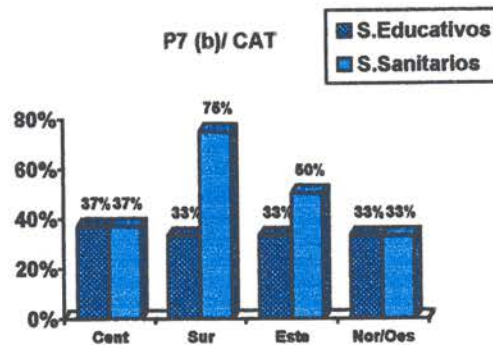
P7/ C.Atención Temprana

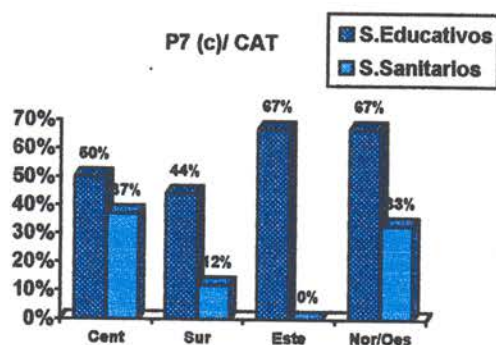


P7 (a)/ CAT



P7 (b)/ CAT



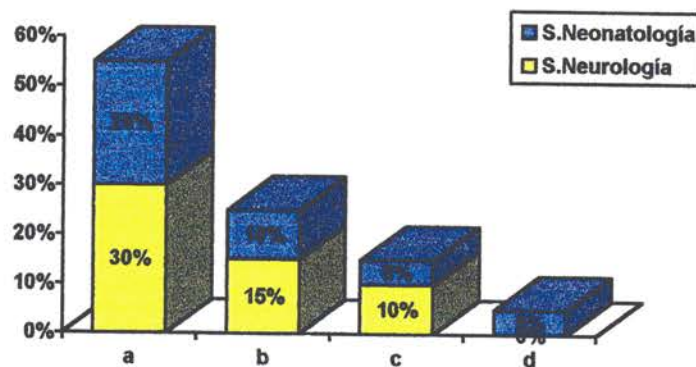


C. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

- El acceso a la información que puede aportar los CAT, normalmente tiene lugar (P4)

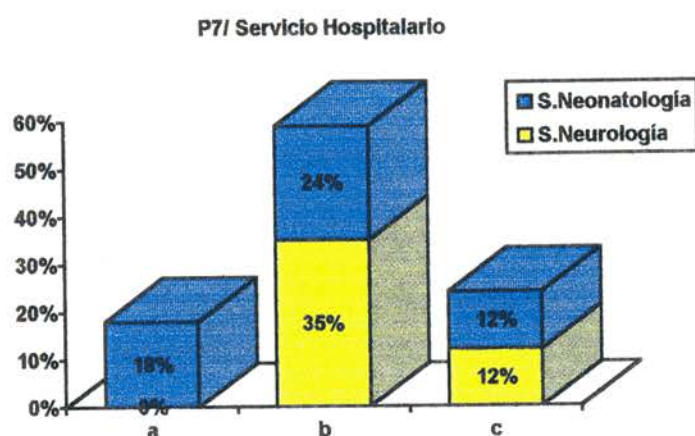
a) A través de la familia, de forma verbal (55%)	b) A través de la familia, de forma escrita (25%)	c) A través de un contacto directo con estos centros (15%)	d) A través de otras: Teléfono e informe escrito por correo (5%)
---	--	---	---

P4/ Servicio Hospitalario



- Su servicio, normalmente realiza una transmisión de información a los CAT (P7)

b) A través de la familia, de forma escrita (59%)	c) A través de un contacto directo con estos servicios (24%)	a) A través de la familia, de forma verbal (18%)
--	---	---



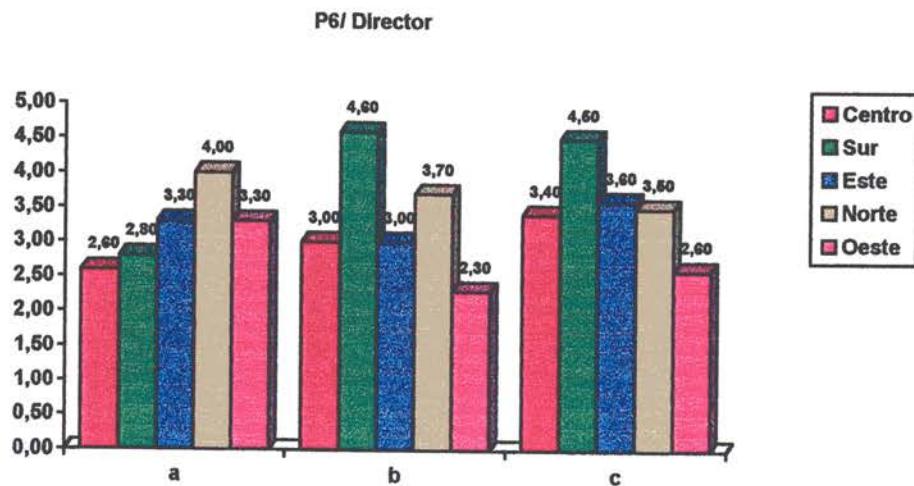
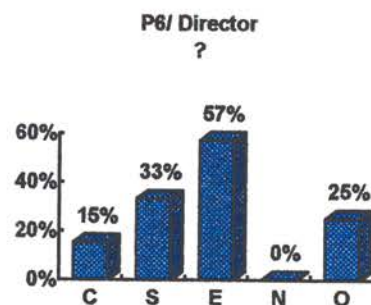
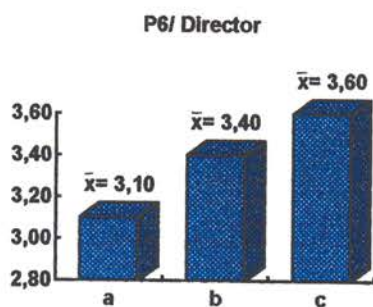
- EL CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN -

A. Ámbito Educativo

a) Director del centro educativo

- Valoración de los siguientes objetivos en función de la mayor o menor similitud con el contenido de la relación con los CAT en el caso que ésta tenga lugar (1, mínima/ 5, máxima) (P6)

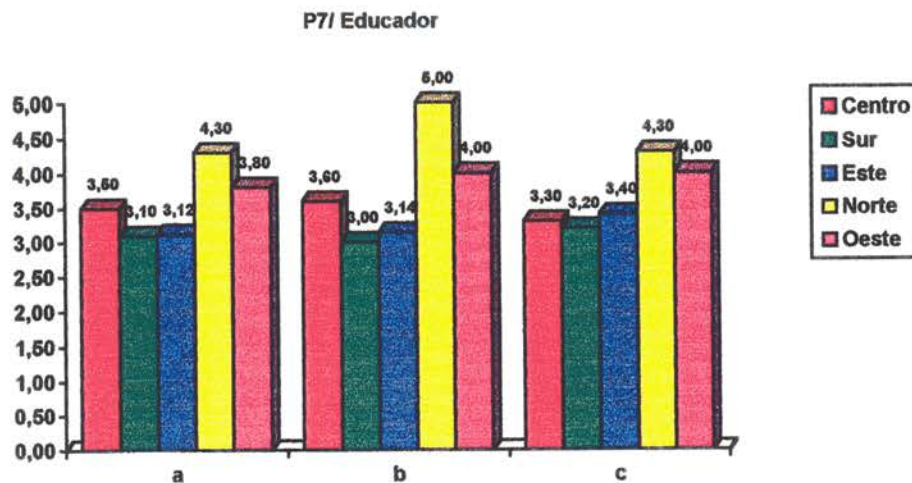
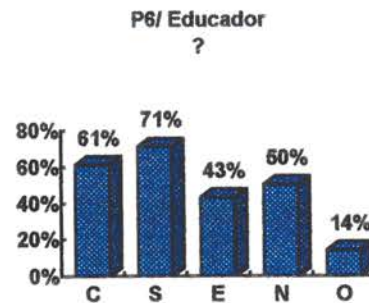
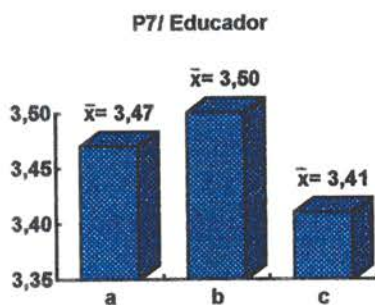
$? = 27\%$		
c) Complementariedad de la acción a partir de la concreción de unos criterios de intervención establecidos de mutuo acuerdo ($\bar{x} = 3'6$)	b) Seguimiento global del niño a partir de un intercambio de la información ($\bar{x} = 3'4$)	a) Derivación a partir del establecimiento de unos criterios, por mutuo acuerdo, que así la posibiliten ($\bar{x} = 3'1$)



b) Educador del centro educativo

- Valoración de las siguientes propuestas en función de la mayor o menor incidencia que la información recibida de los CAT, en el caso que tenga lugar una relación, tiene sobre la actividad en el aula (1, mínima/ 5, máxima) (P7)

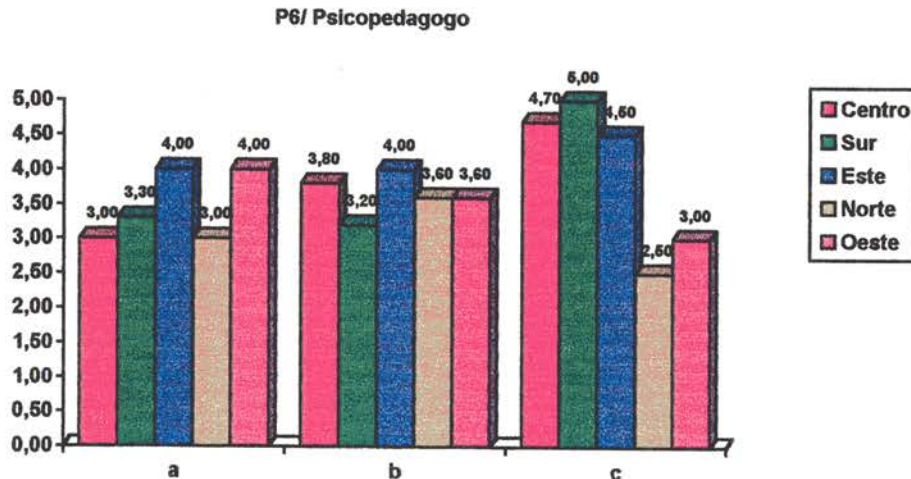
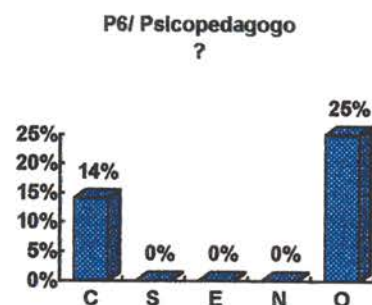
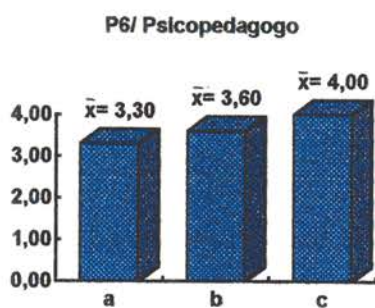
$\bar{x} = 57\%$		
<p>b) Permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global del niño</p> <p style="text-align: center;">$(\bar{x} = 3'5)$</p>	<p>a) Permite comprender mejor las n.e.e., favoreciendo la elaboración de la programación</p> <p style="text-align: center;">$(\bar{x} = 3'47)$</p>	<p>c) Permite llevar a cabo una intervención complementaria</p> <p style="text-align: center;">$(\bar{x} = 3'41)$</p>



c) Psicopedagogo del EAT

- Valoración de los siguientes objetivos en función de la mayor o menor similitud con el contenido de la relación con los CAT en el caso que ésta tenga lugar (1, mínima/ 5, máxima) (P6)

$\alpha = 10\%$		
c) Complementariedad de la acción a partir de la concreción de unos criterios de intervención establecidos de mutuo acuerdo $(\bar{x} = 4)$	b) Seguimiento global del niño a partir de un intercambio de la información $(\bar{x} = 3'6)$	a) Derivación a partir del establecimiento de unos criterios, por mutuo acuerdo, que así la posibiliten $(\bar{x} = 3'3)$



d) Profesor de Apoyo

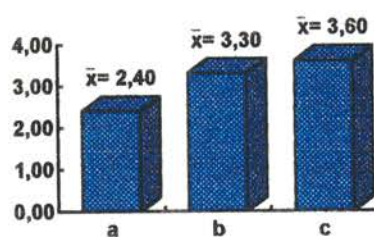
- Valoración de las siguientes propuestas en función de la mayor o menor incidencia que la información recibida de los CAT, en el caso que tenga lugar una relación,

tiene sobre la actividad mantenida como Profesor de Apoyo(1, mínima/ 5, máxima)

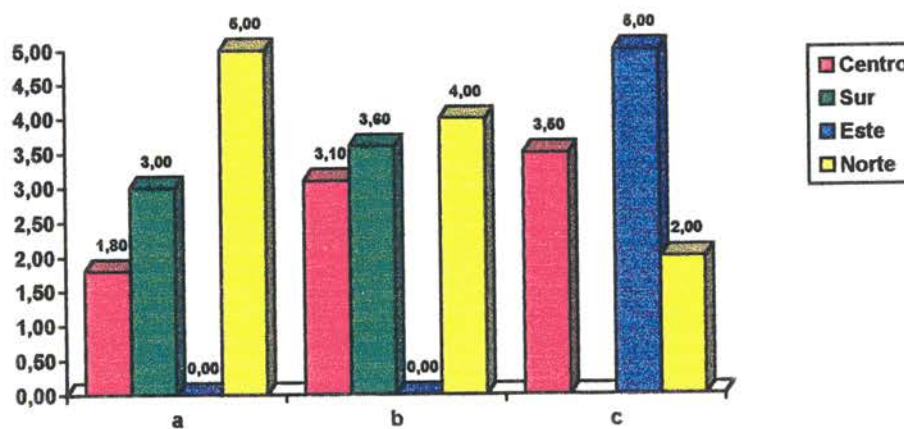
(P7)

c) Permite llevar a cabo una intervención complementaria $(\bar{x}= 3,6)$	b) Permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global del niño $(\bar{x}= 3,3)$	a) Permite comprender mejor las n.e.e., favoreciendo la elaboración de la programación $(\bar{x}= 2,4)$
--	---	--

P7/ Profesor de Apoyo



P7/ Profesor de Apoyo



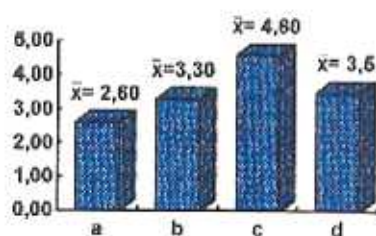
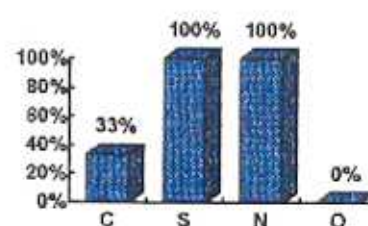
e) Trabajador Social

- Valoración de las siguientes propuestas en función de la mayor o menor incidencia que la información recibida de los CAT, en el caso que tenga lugar una relación,

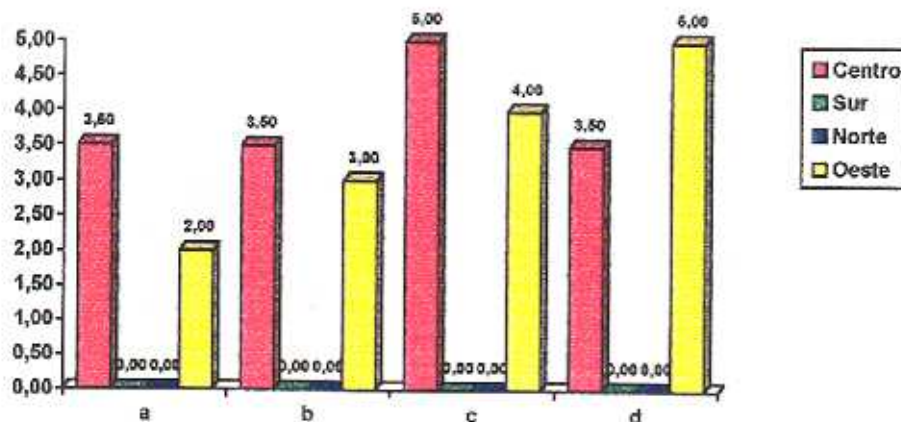
tiene sobre la tarea desempeñada como Trabajador Social(1, mínima/ 5, máxima)
(P7)

? = 62%			
c) Permite emprender una intervención complementaria ($\bar{x}=4,6$)	d) Permite establecer una derivación ($\bar{x}=3,5$)	b) Permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global de cada caso ($\bar{x}=3,3$)	a) Permite comprender mejor las n.e.e y llevar a cabo una intervención más ajustada ($\bar{x}=2,6$)

P6/ Trabajador Social

P6/ Trabajador Social
?

P6/ Trabajador Social



B. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

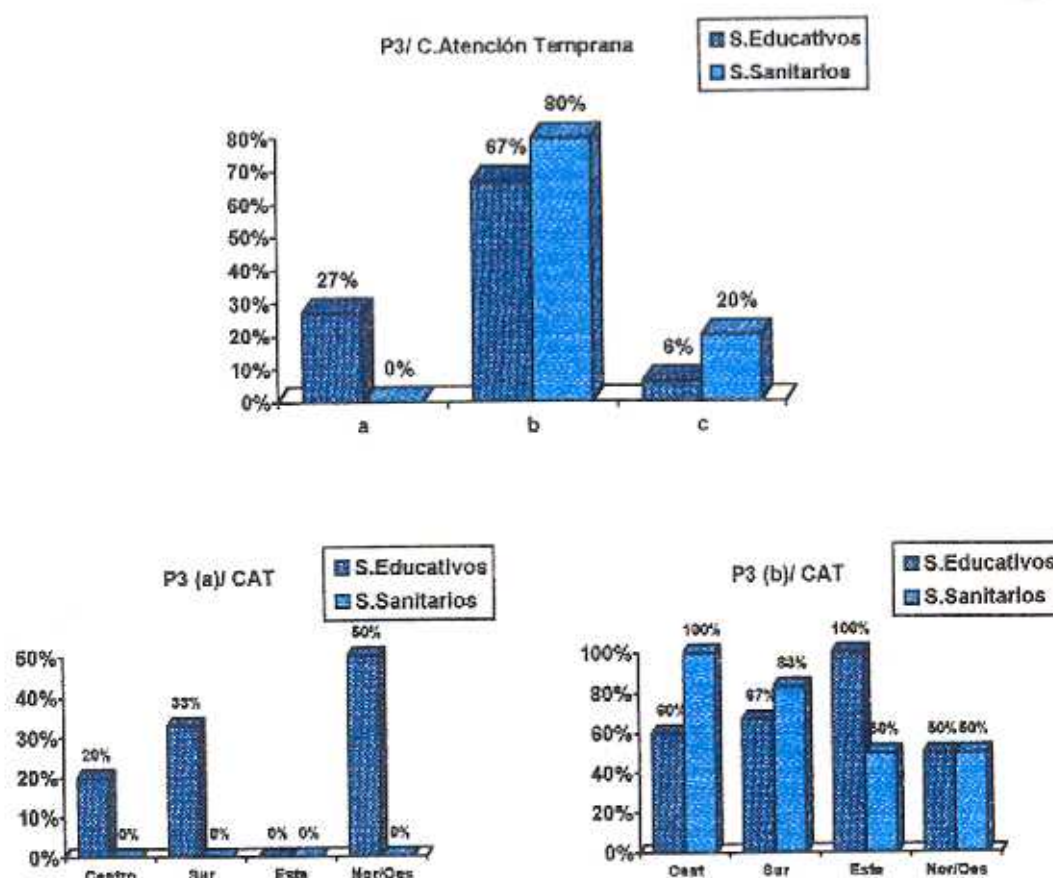
- Ajuste de la información recibida de los servicios educativos y sanitarios a las necesidades de la labor de su centro (P3)

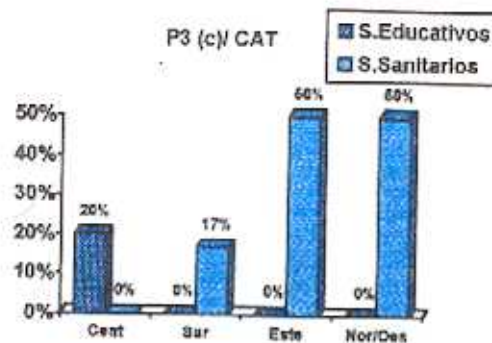
Con referencia a los Servicios Educativos

b) A veces (67%)	a) Siempre (27%)	c) Nunca o muy pocas veces (6%)
---------------------	---------------------	------------------------------------

Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) A veces (80%)	c) Nunca o muy pocas veces (20%)	a) Siempre (0%)
---------------------	-------------------------------------	--------------------



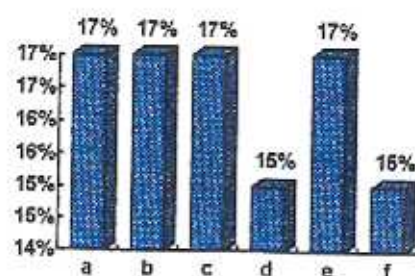


- El Contenido de la información que aportan los servicios educativos y sanitarios, normalmente, hace referencia (P5)

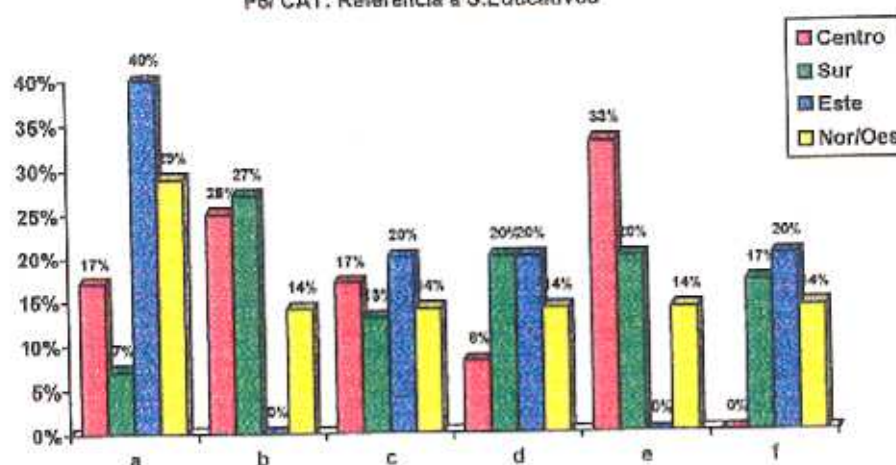
Con referencia a los Servicios Educativos

a) A la derivación (17%)	b) A la modalidad educativa en la que se encuentra el niño (17%)	c) A la valoración de las n.e.c. y a su evolución (17%)
e) A los acontecimientos más destacables transcurridos en el contexto escolar (17%)	d) A las características del proceso de intervención educativa (15%)	f) A las decisiones en cuanto a un cambio en la modalidad educativa o situación escolar (15%)

P5/ CAT: Referencia a S.Educativos



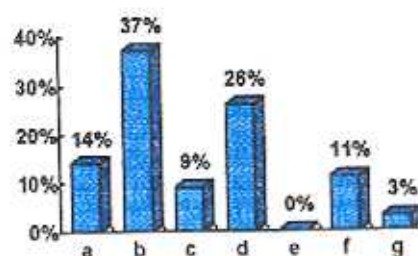
P5/ CAT: Referencia a S.Educativos

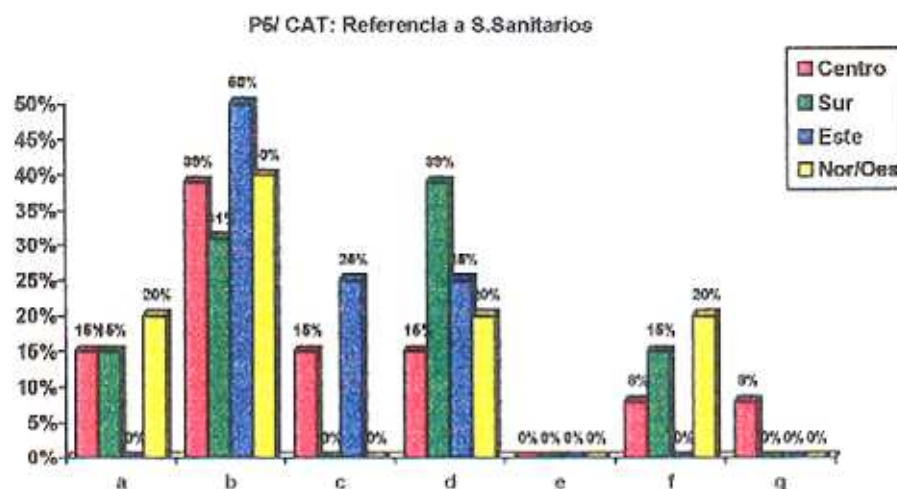


Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) Al diagnóstico (37%)	d) A los acontecimientos clínicos más destacables después de una estancia hospitalaria (26%)	a) A la derivación (14%)	f) A las fechas de las siguientes revisiones (11%)
c) A la valoración de las repercusiones funcionales psicofísicas en el sujeto (9%)	g) A los cambios más destacables después de una revisión (3%)	e) A los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria (0%)	

P5/ CAT: Referencia a S.Sanitarios





- El Contenido de la información que aporta su centro a los servicios educativos y sanitarios, normalmente, hace referencia (P9)

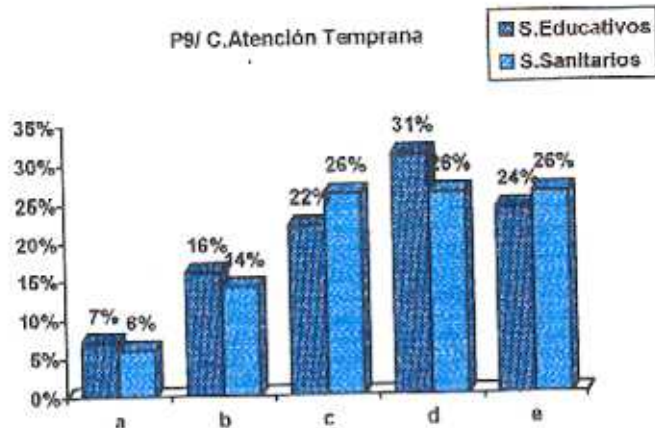
Con referencia a los Servicios Educativos

d) A la modalidad de tratamiento recibido (31%)	e) A las características de la intervención (24%)	e) A la evolución funcional psicofísica (22%)
b) Al diagnóstico psicopedagógico (16%)	a) A la derivación (7%)	

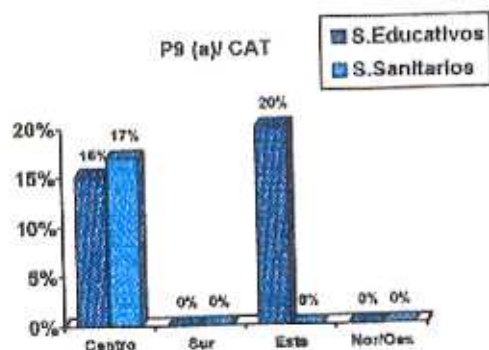
Con referencia a los Servicios Sanitarios

<div> ? = 2% Nor/Oes: 25% </div>		
c) A la evolución funcional psicofísica (26%)	d) A la modalidad de tratamiento recibido (26%)	e) A las características de la intervención (26%)
b) Al diagnóstico psicopedagógico (14%)	a) A la derivación (6%)	

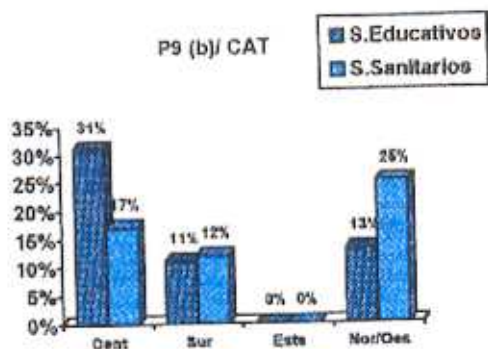
P9/ C. Atención Temprana



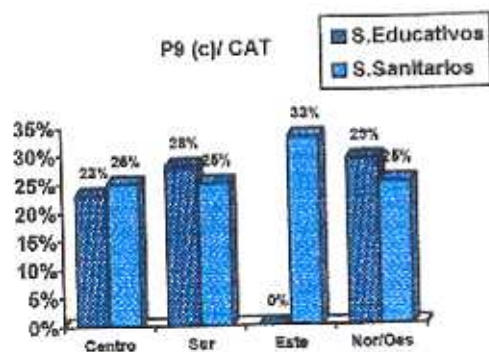
P9 (a)/ CAT



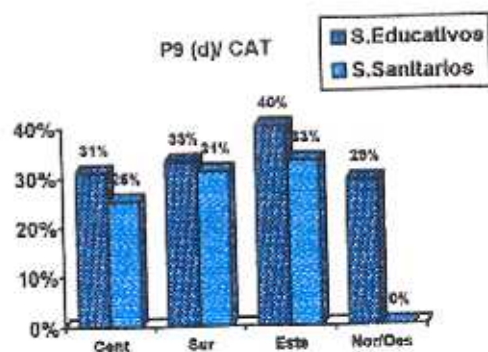
P9 (b)/ CAT



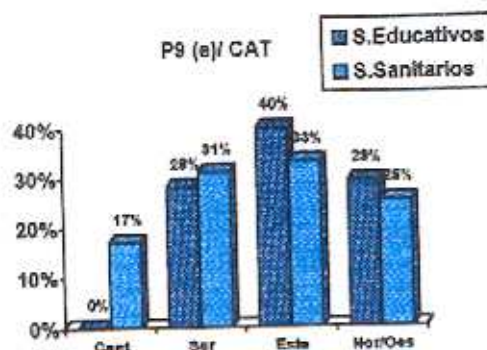
P9 (c)/ CAT



P9 (d)/ CAT



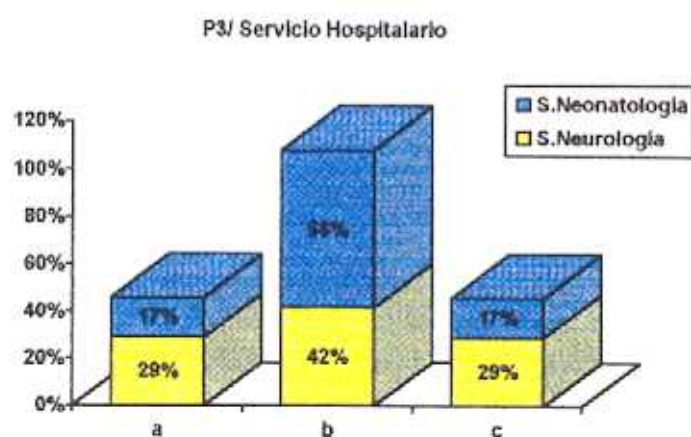
P9 (e)/ CAT



C. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

- Ajuste de la información recibida de los CAT a las necesidades de la labor de su servicio (P3)

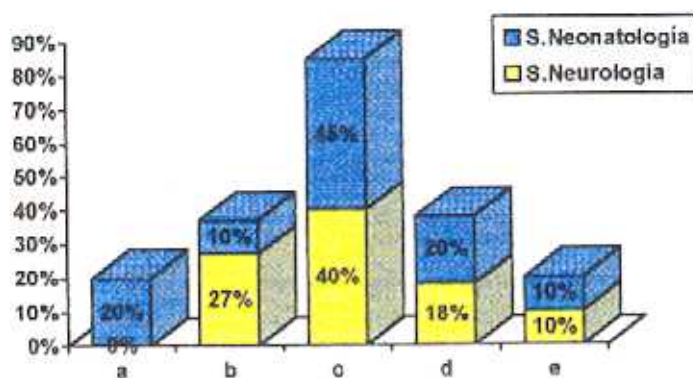
b) A veces (64%)	c) Nunca o muy pocas veces (27%)	a) Siempre (9%)
---------------------	-------------------------------------	--------------------



- El Contenido de la información que aportan los CAT, normalmente, hace referencia (P5)

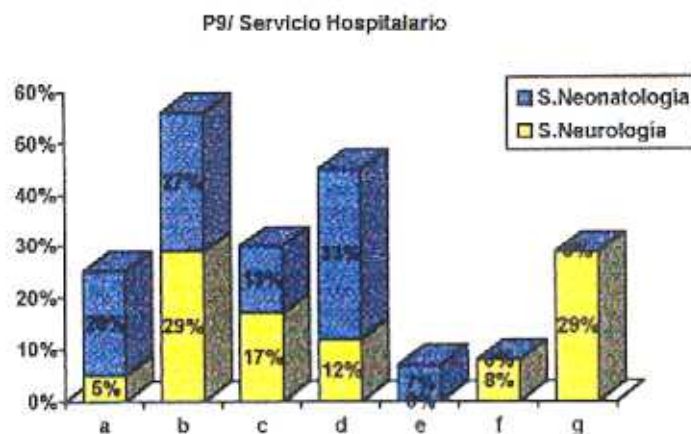
c) A la evolución funcional psicofísica (42%)	b) Al diagnóstico y valoración psicopedagógica (19%)	d) A la modalidad de tratamiento recibido (19%)
a) A la derivación (10%)	e) A las características de la intervención (10%)	

P5/ Servicio Hospitalario



- El Contenido de la información que aporta su servicio a los CAT, normalmente, hace referencia (P9)

b) Al diagnóstico clínico (28%)	d) A los acontecimientos clínicos más destacables después de una estancia hospitalaria (21%)	g) A los cambios más destacables después de una revisión (18%)	e) A la valoración de las repercusiones funcionales psicofísicas en el sujeto (15%)
a) A la derivación (10%)	f) A las fechas de las siguientes revisiones (5%)	e) A los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria (3%)	



- LA MODALIDAD DE LA COMUNICACIÓN -

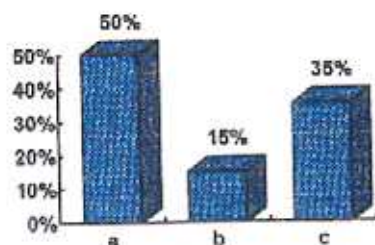
A. Ámbito Educativo

a) Psicopedagogo del EAT

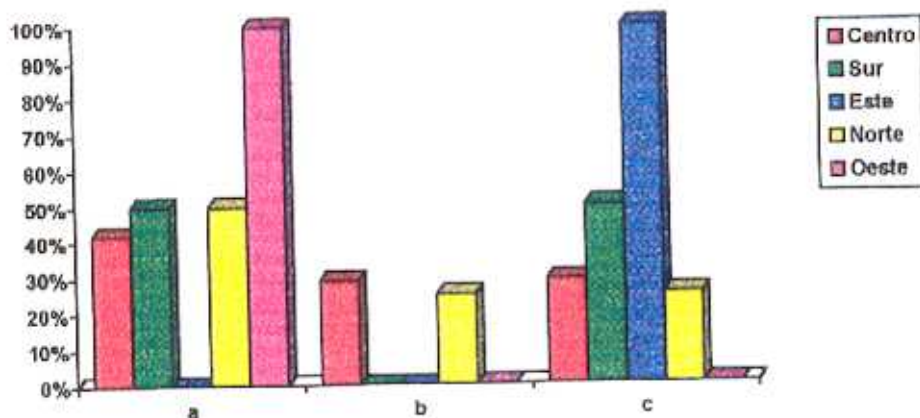
- Relación mantenida con los CAT en calidad de psicopedagogo del EAT (P1)

a) Directa y sistematizada, en la que se realiza un intercambio de información	c) Directa, pero poco sistematizada, basada en un contacto esporádico, y siempre ante la necesidad de obtener información sobre algún caso concreto	b) Principalmente indirecta, a través de otros miembros del equipo, los que transmiten el contenido de la misma
(50%)	(35%)	(15%)

P1/ Psicopedagogo



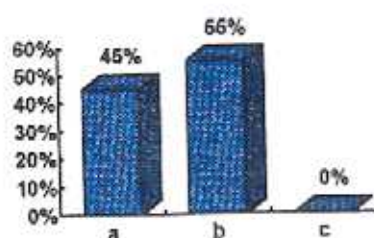
P1/ Psicopedagogo

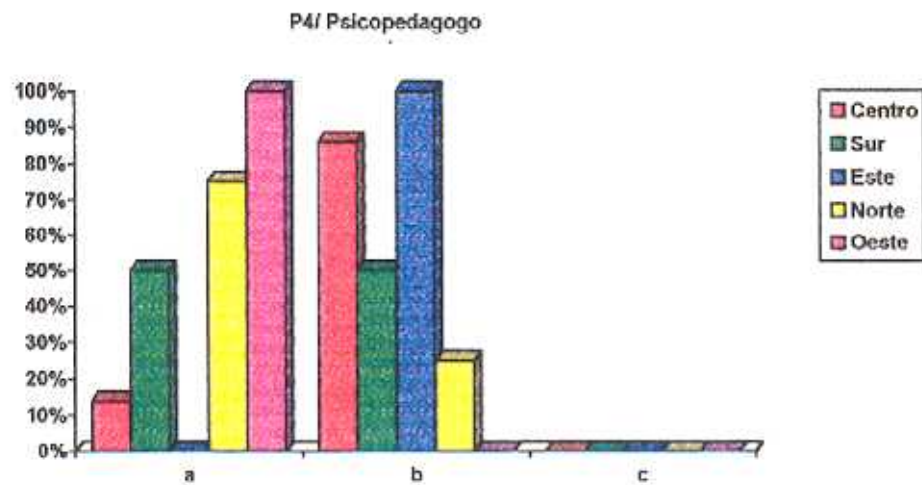


- Relación que el equipo, en su conjunto, mantiene normalmente con los CAT (P4)

h) Una relación sin criterios claramente establecidos (55%)	a) Una relación bajo unos criterios claramente establecidos (45%)	c) Ninguna, no se mantiene prácticamente ningún tipo de contacto (0%)
--	--	--

P4/ Psicopedagogo

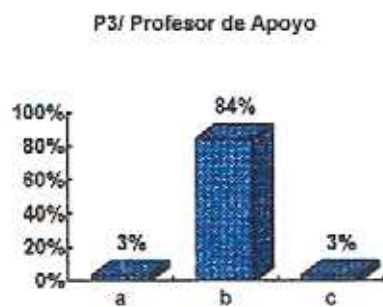


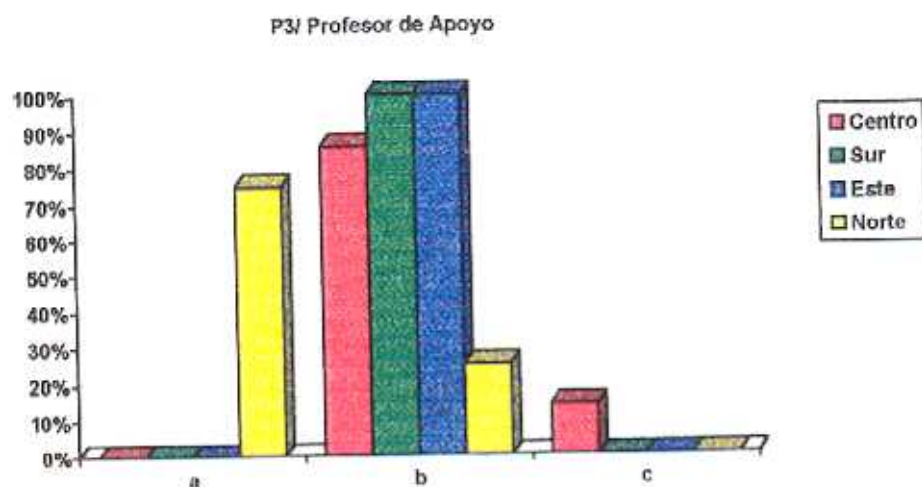


b) Profesor de Apoyo del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

b) Es indirecta entre el centro escolar y el CAT, a través de la relación que directamente establece el EAT (84%)	a) Es directa entre la escuela y el CAT (3%)	c) Es esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable (3%)
---	--	---

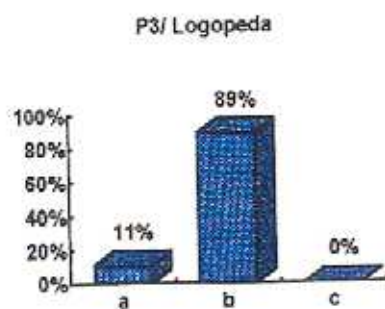


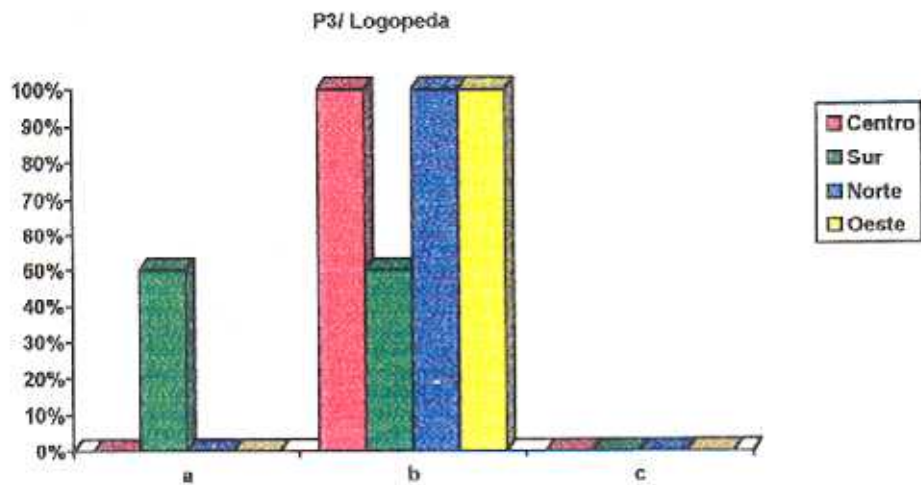


c) Logopeda del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

b) Es indirecta entre el centro escolar y el CAT, a través de la relación que directamente establece el EAT	a) Es directa entre la escuela y el CAT	c) Es esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable
(89%)	(11%)	(0%)

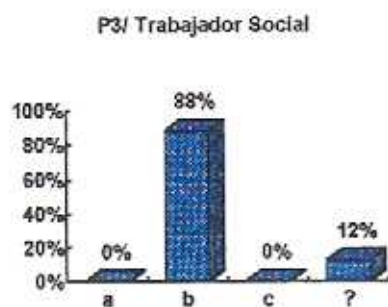


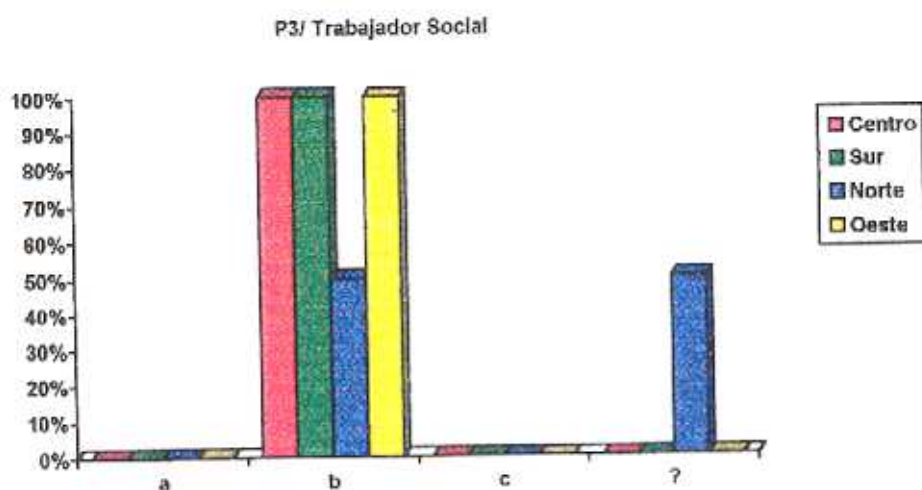


d) Trabajador Social del EAT

- La relación entre los servicios educativos y los CAT de su sector (P3)

? = 12%		
b) Es indirecta entre el centro escolar y el CAT, a través de la relación que directamente establece el EAT (88%)	a) Es directa entre la escuela y el CAT (0%)	c) Es esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable (0%)





B. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

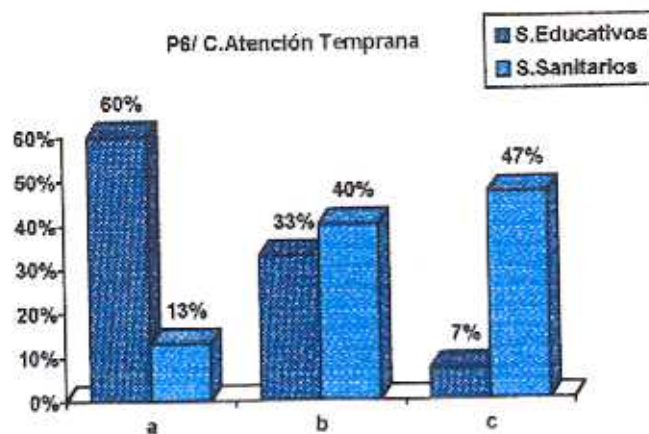
- La solicitud de información por parte de los servicios educativos y sanitarios tiene lugar (P6)

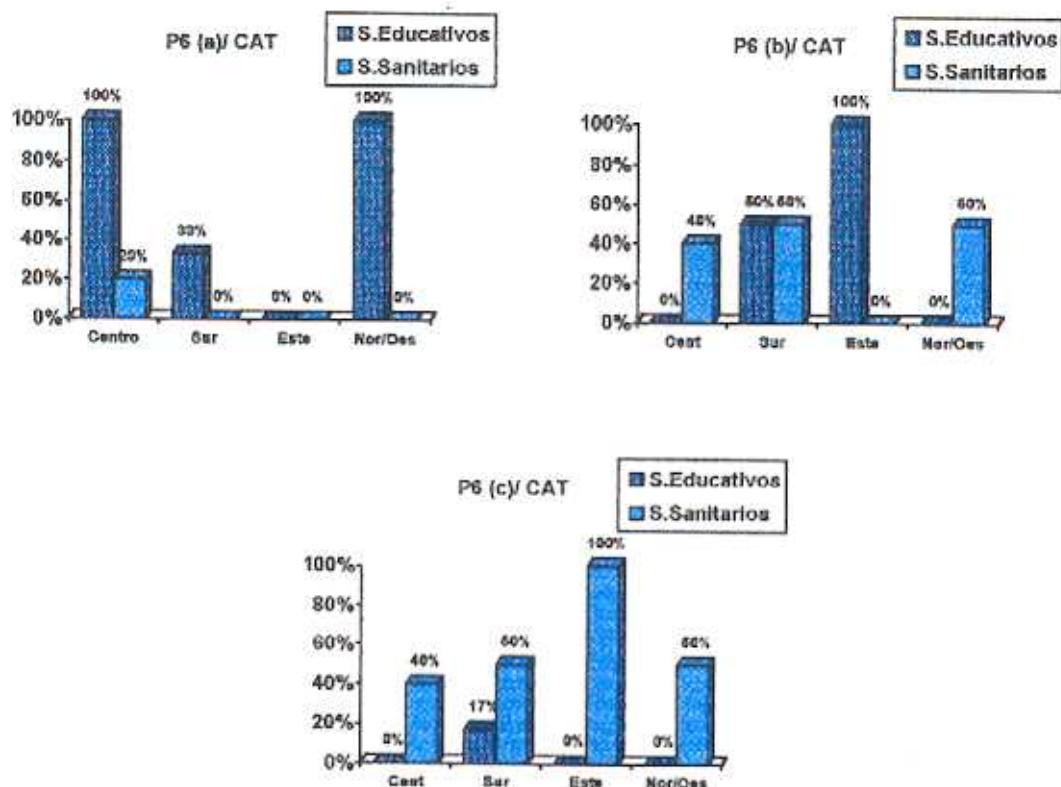
Con referencia a los Servicios Educativos

a) De forma habitual (60%)	b) Algunas veces (33%)	c) Nunca o casi nunca (7%)
-------------------------------	---------------------------	-------------------------------

Con referencia a los Servicios Sanitarios

c) Nunca o casi nunca (47%)	b) Algunas veces (40%)	a) De forma habitual (13%)
--------------------------------	---------------------------	-------------------------------





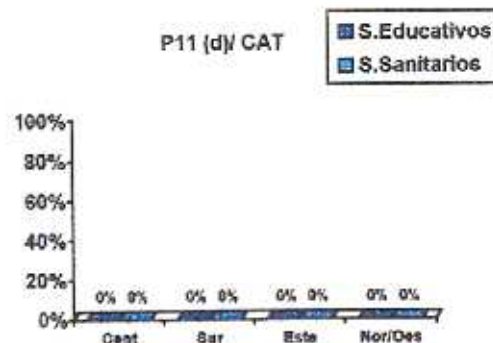
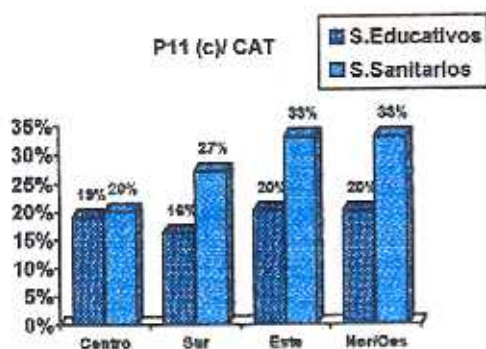
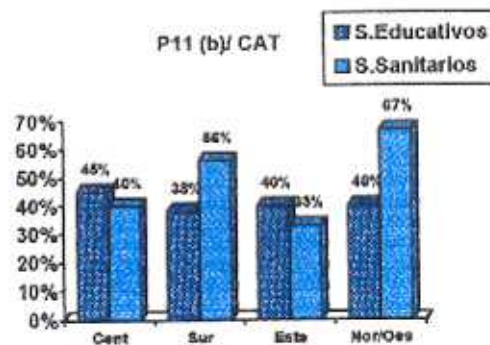
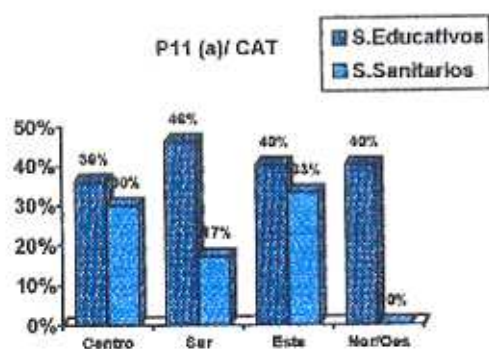
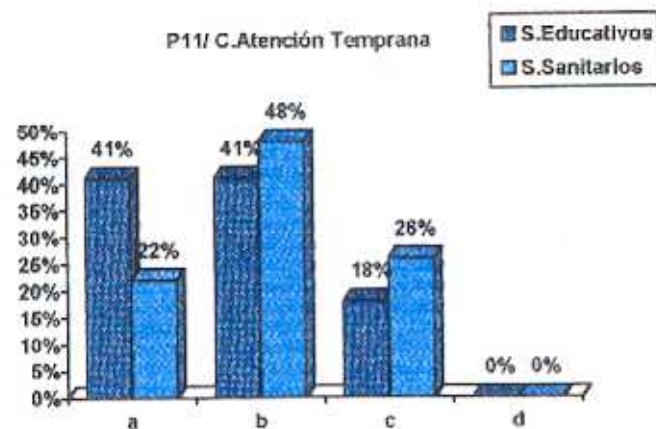
- El contacto que mantiene con los servicios educativos y sanitarios (P11)

Con referencia a los Servicios Educativos

a) Es personal (41%)	b) Es telefónico (41%)	c) Es a través de un escrito (18%)	d) Es a través de un medio informático (0%)
-------------------------	---------------------------	---------------------------------------	--

Con referencia a los Servicios Sanitarios

? = 4% Centro: 10 %			
b) Es telefónico (48%)	c) Es a través de un escrito (26%)	a) Es personal (22%)	d) Es a través de un medio informático (0%)



- En caso de existir algún tipo de compromiso formal, éste está basado (P13)

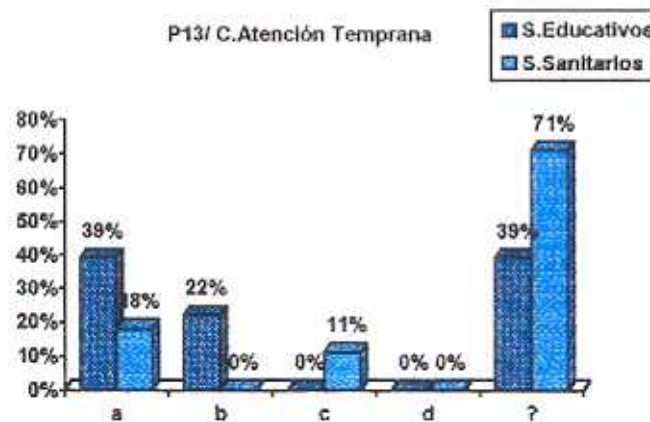
Con referencia a los Servicios Educativos

? = 39%			
a) En un calendario y espacios de contacto	b) En una situación susceptible de contacto	c) En un formato escrito a utilizar	d) En un programa informático a utilizar
(39%)	(22%)	(0%)	(0%)

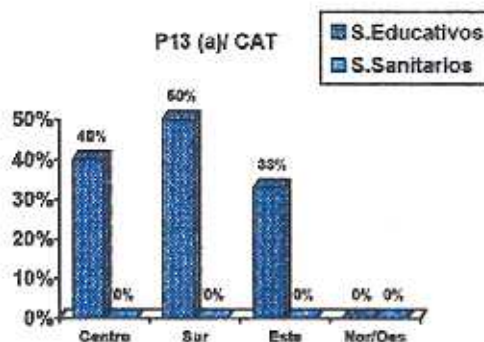
Con referencia a los Servicios Sanitarios

? = 71%			
a) En un calendario y espacios de contacto	c) En un formato escrito a utilizar	b) En una situación susceptible de contacto	d) En un programa informático a utilizar
(18%)	(11%)	(0%)	(0%)

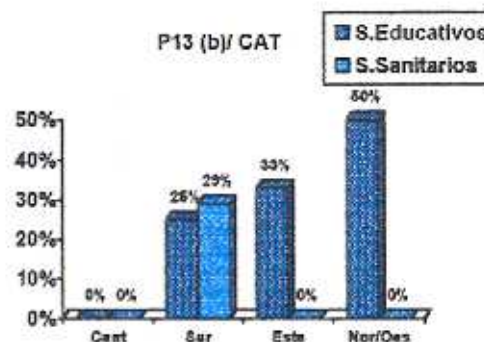
P13/ C.Atención Temprana

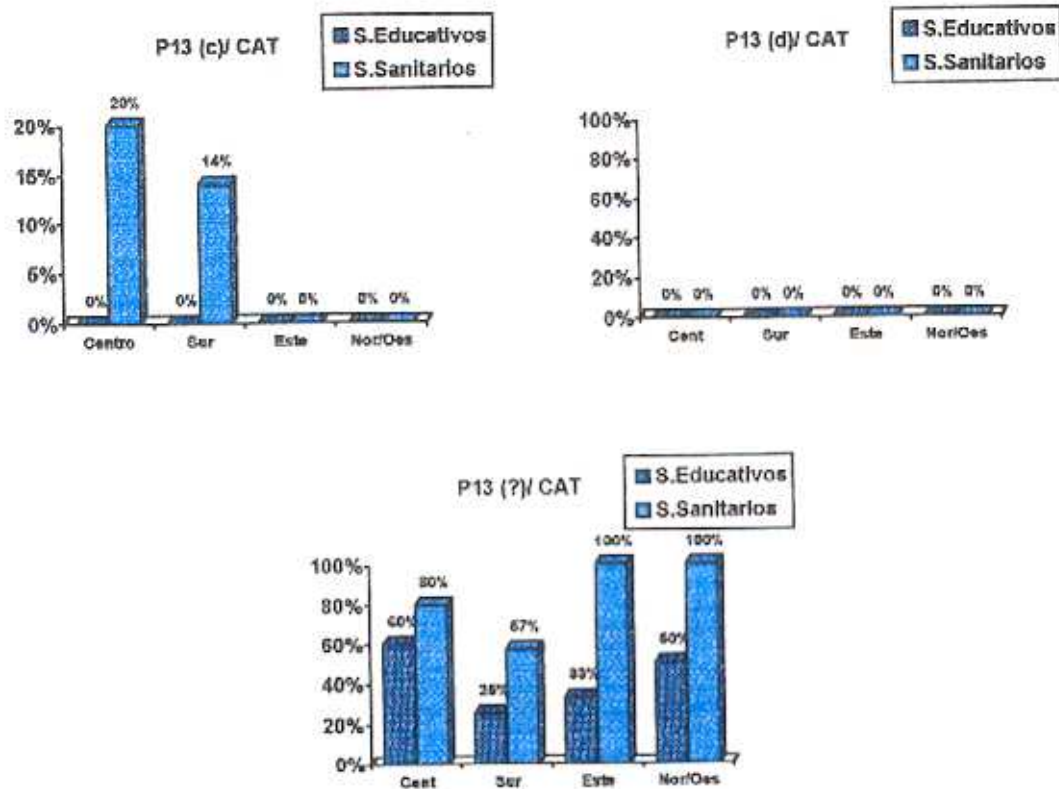


P13 (a)/ CAT



P13 (b)/ CAT

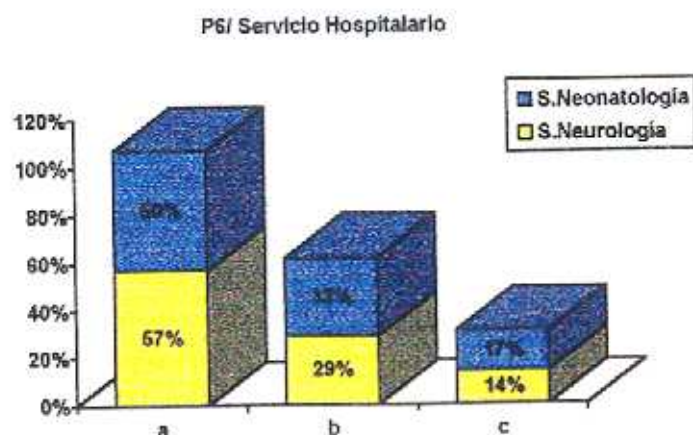




C. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

- La solicitud de información por parte de los CAT tiene lugar (P6)

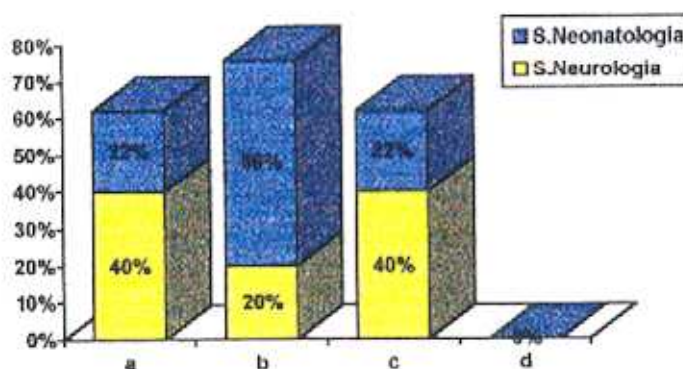
a) De forma habitual (54%)	b) Algunas veces (31%)	c) Nunca o casi nunca (15%)
-------------------------------	---------------------------	--------------------------------



- El contacto que desde su servicio se mantiene con los CAT (P11)

b) Es telefónico	a) Es personal	c) Es a través de un escrito	d) Es a través de un medio informático
(37%)	(32%)	(32%)	(0%)

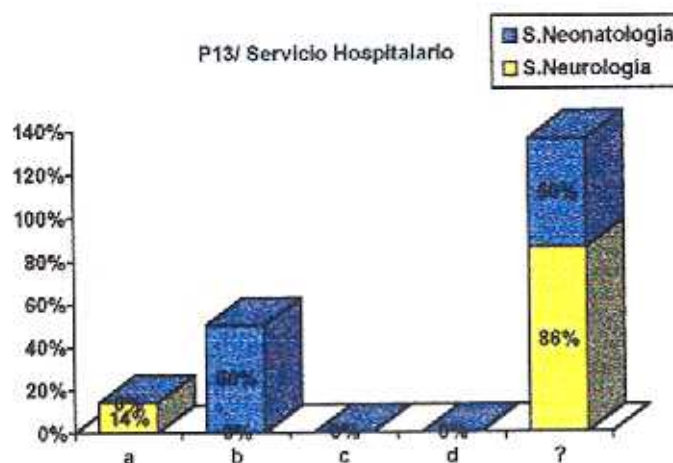
P11/ Servicio Hospitalario



- En caso de existir algún tipo de compromiso formal, éste está basado (P13)

? = 64%			
b) En una situación susceptible de contacto	a) En un calendario y espacios de contacto	c) En un formato escrito a utilizar	d) En un programa informático a utilizar
(29%)	(7%)	(0%)	(0%)

P13/ Servicio Hospitalario



FORMALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD COMUNICATIVA ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS

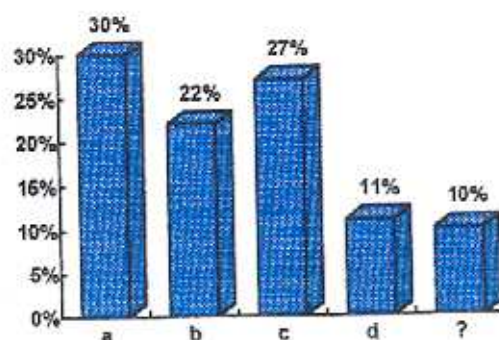
A. Ámbito Educativo

a) Director del centro educativo

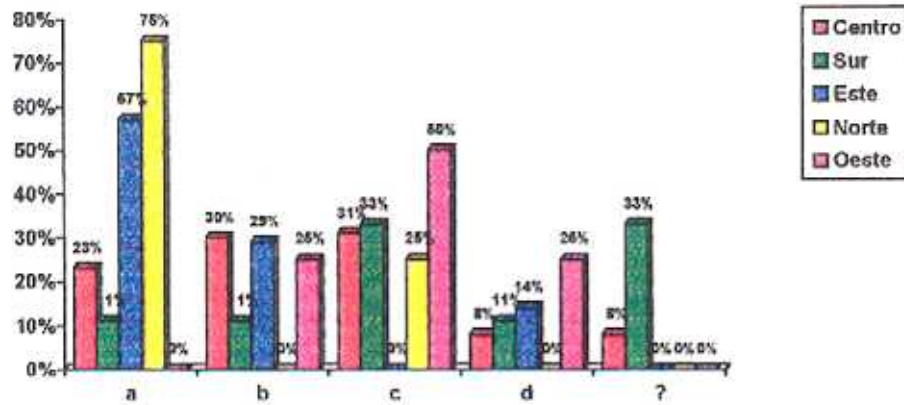
- El tipo de relación que actualmente mantiene la escuela con los CAT responde (P5)

? = 10%			
a) A una relación informal, a través de contactos esporádicos y ante necesidades concretas y puntuales de algún caso en común (30%)	c) A una relación formalizada, pero basada y apoyada en la labor que el EAT desarrolla como punto de contacto con este tipo de centros (27%)	b) A una relación formalizada a partir de uno criterios conjuntos de colaboración entre escuela y CAT (22%)	d) A nada ya que el contacto es nulo (11%)

P5/ Director



P6/ Director

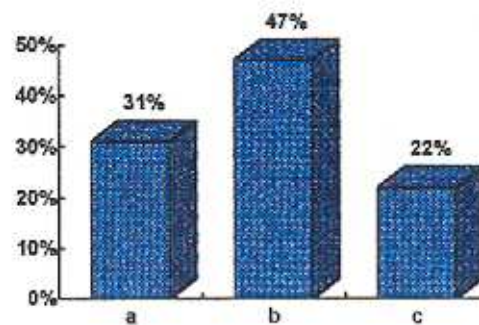


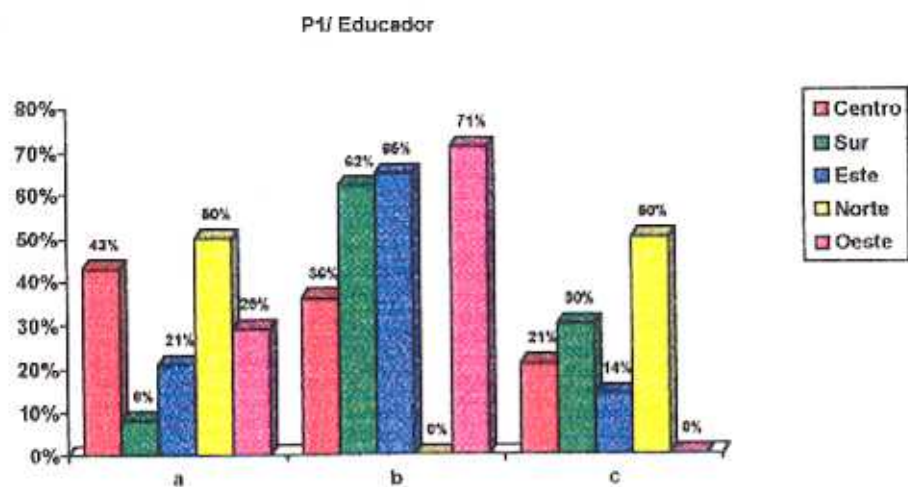
b) Educador del centro educativo

- El tipo de relación que actualmente mantiene la escuela con los CAT (P1)

<p>b) Es una relación formal apoyada sobre la relación que directamente establece el EAT</p> <p>(47%)</p>	<p>a) Es una relación formal, en la que se han establecido unos criterios de colaboración entre la escuela y el CAT</p> <p>(31%)</p>	<p>c) Es una relación informal basada en los contactos esporádicos que se realizan entre algún miembro de la escuela y el CAT</p> <p>(22%)</p>
---	--	--

P1/ Educador

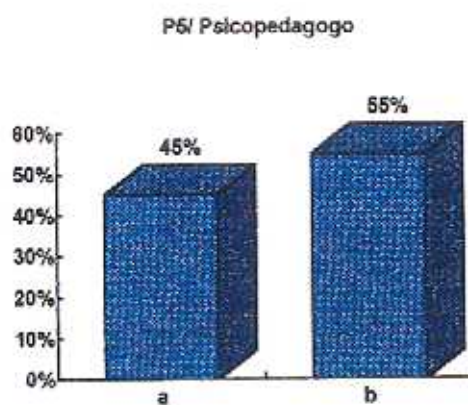


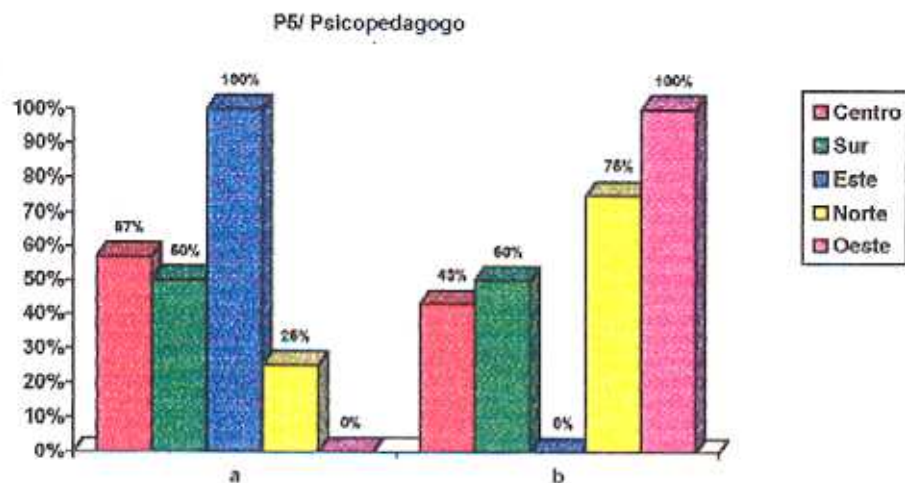


c) Psicopedagogo del EAT

- En caso de existir una relación entre su equipo y el CAT, ésta está basada(P5)

b) En un contacto de carácter formal (55%)	a) En un contacto de carácter informal (45%)
---	---





B. Ámbito Social: Centro de Atención Temprana

- Tipo de compromiso formal existente entre su centro y los servicios educativos y sanitarios (P12)

Con referencia a los Servicios Educativos

b) Compromiso entre ambos a partir del diseño de unos criterios mínimos de actuación (53%)	c) Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento (35%)	a) Compromiso sujeto a un programa o convenio de colaboración concreto (12%)
---	--	---



- "Hoja de derivación"
- "Programa de Coordinación"

Con referencia a los Servicios Sanitarios

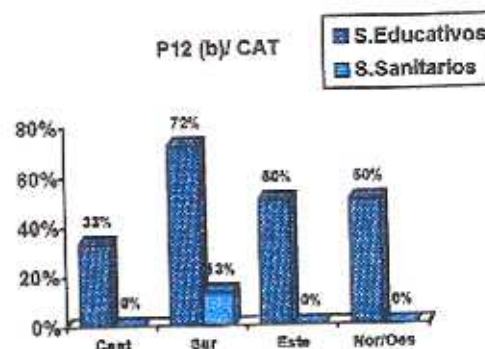
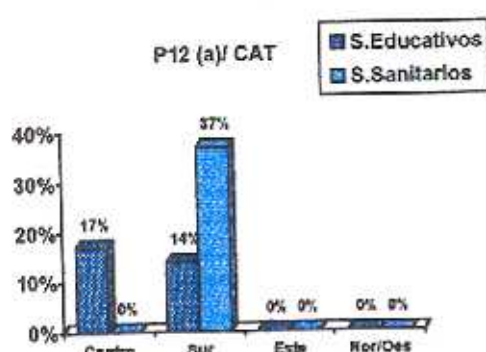
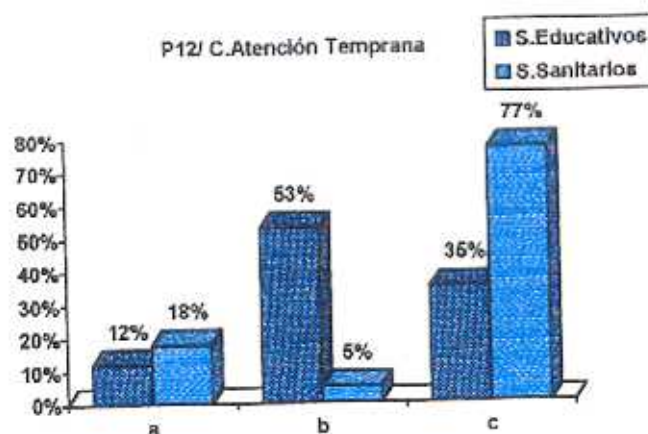
c) Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento (77%)	a) Compromiso sujeto a un programa o convenio de colaboración concreto (18%)	b) Compromiso entre ambos a partir del diseño de unos criterios mínimos de actuación (5%)
--	---	--

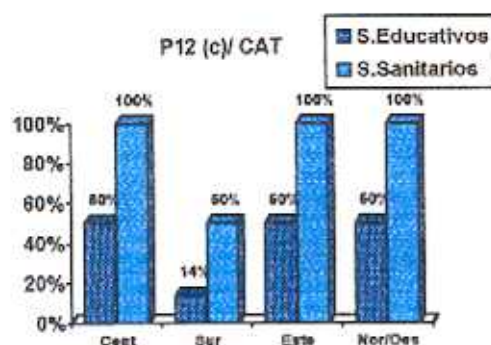
↓

- Programa de derivación

- Programa de Seguimiento de Prematuros del "H.12 de Octubre"

- Programa de niños de alto riesgo

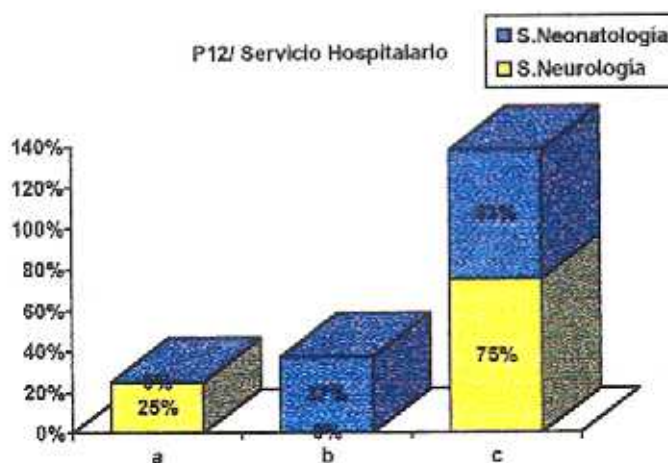




C. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

- Tipo de compromiso formal existente entre su servicio y los CAT (P12)

c) Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento (69%)	b) Compromiso entre ambos a partir del diseño de unos criterios mínimos de actuación (19%)	a) Compromiso sujeto a un programa o convenio de colaboración concreto (12%)
--	---	---



- En caso de existir algún tipo de programa o convenio concreto de colaboración entre el servicio y los CAT (P17)

? = 92%			
a) Designación.....	b) Tiempo en marcha.....	c) Partes implicadas.....	d) Características.....

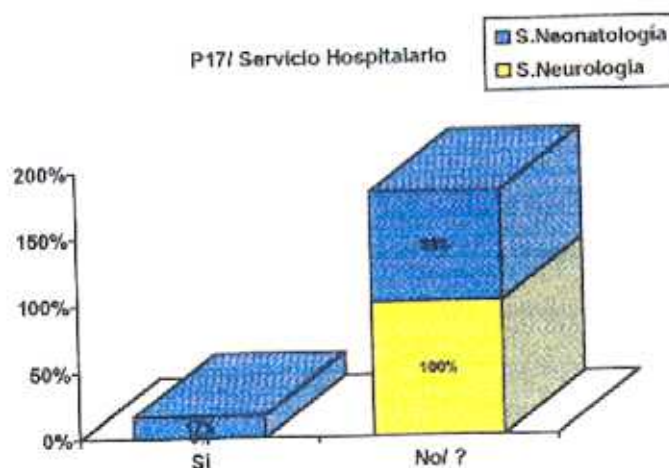
↓

S. Neonatología (17%)

a) Sin nombre

b) Mayo de 1990

c) "Consulta de Seguimiento Neonatal-CAT"



VALORACIÓN DE LOS ACTUALES NIVELES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

A. **Ámbito Social: Centro de Atención Temprana**

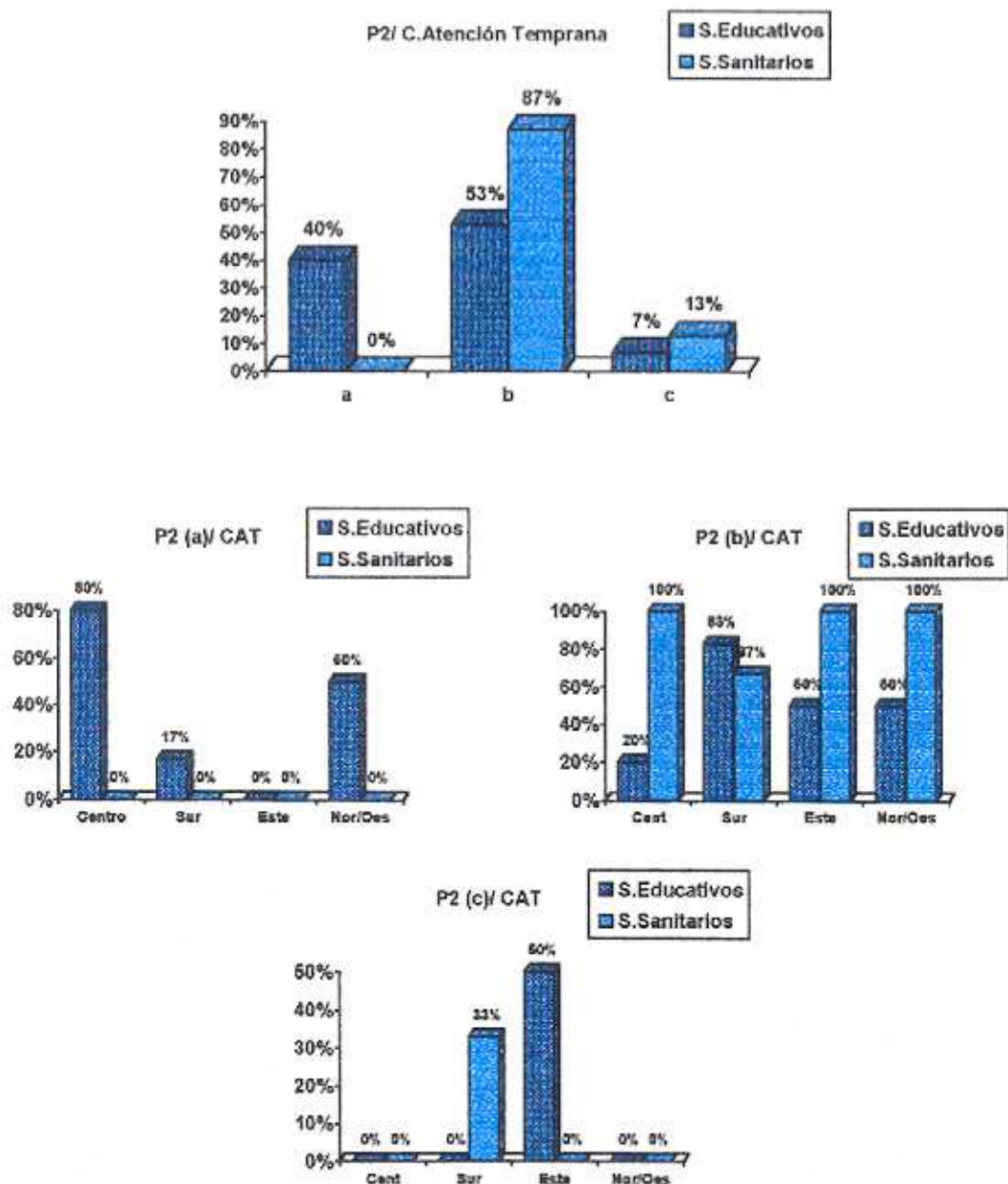
- El acceso a la información que los servicios educativos y sociales pueden aportar se convierte en algo (P2)

Con referencia a los Servicios Educativos

b) Dificultoso (53%)	a) Fácil (40%)	c) Muy difícil o imposible (7%)
-------------------------	-------------------	------------------------------------

Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) Dificultoso (87%)	c) Muy difícil o imposible (13%)	a) Fácil (0%)
-------------------------	-------------------------------------	------------------



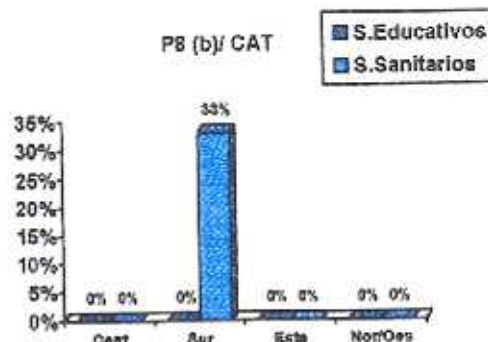
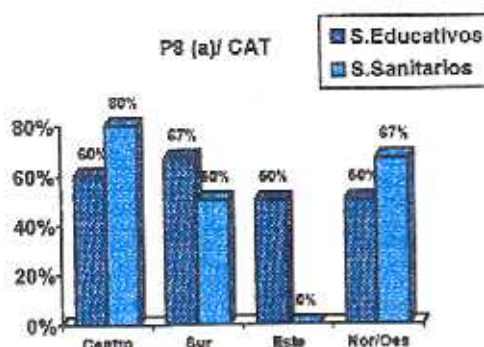
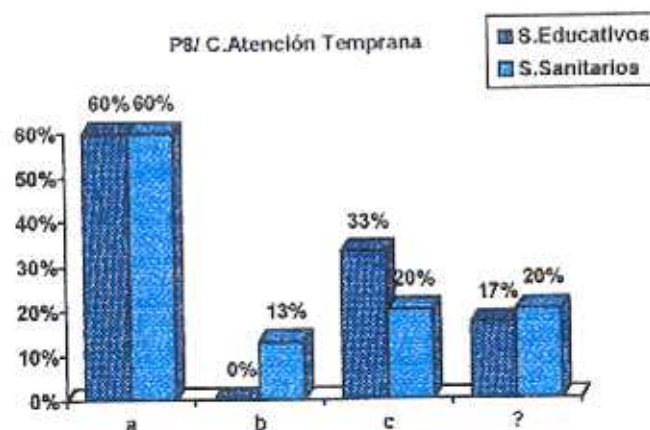
- La información que solicitan a su centro los servicios educativos y sanitarios (P8)

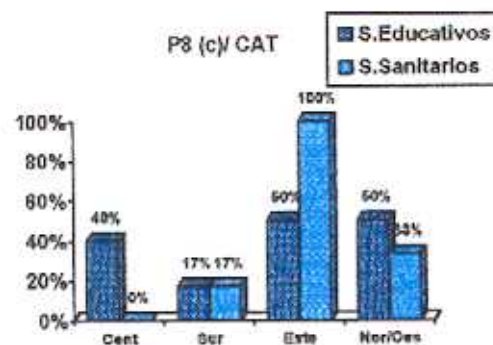
Con referencia a los Servicios Educativos

<div> <div>?</div> <div>7%</div> <div>Sur: 17%</div> </div>		
a) Es más de la que ellos ofrecen	c) Es proporcional a la que ellos ofrecen	b) Es menos de la que ellos ofrecen
(60%)	(33%)	(0%)

Con referencia a los Servicios Sanitarios

<div> <div>?</div> <div>7%</div> <div>Centro: 20%</div> </div>		
a) Es más de la que ellos ofrecen	c) Es proporcional a la que ellos ofrecen	b) Es menos de la que ellos ofrecen
(60%)	(20%)	(13%)





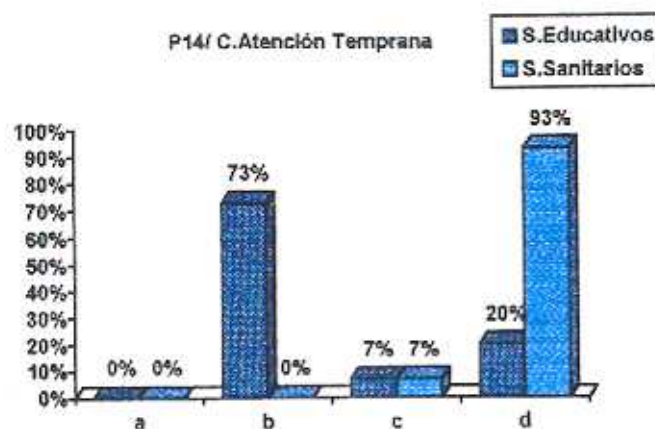
- Definición de la coordinación mantenida con los servicios educativos y sociales (P14)

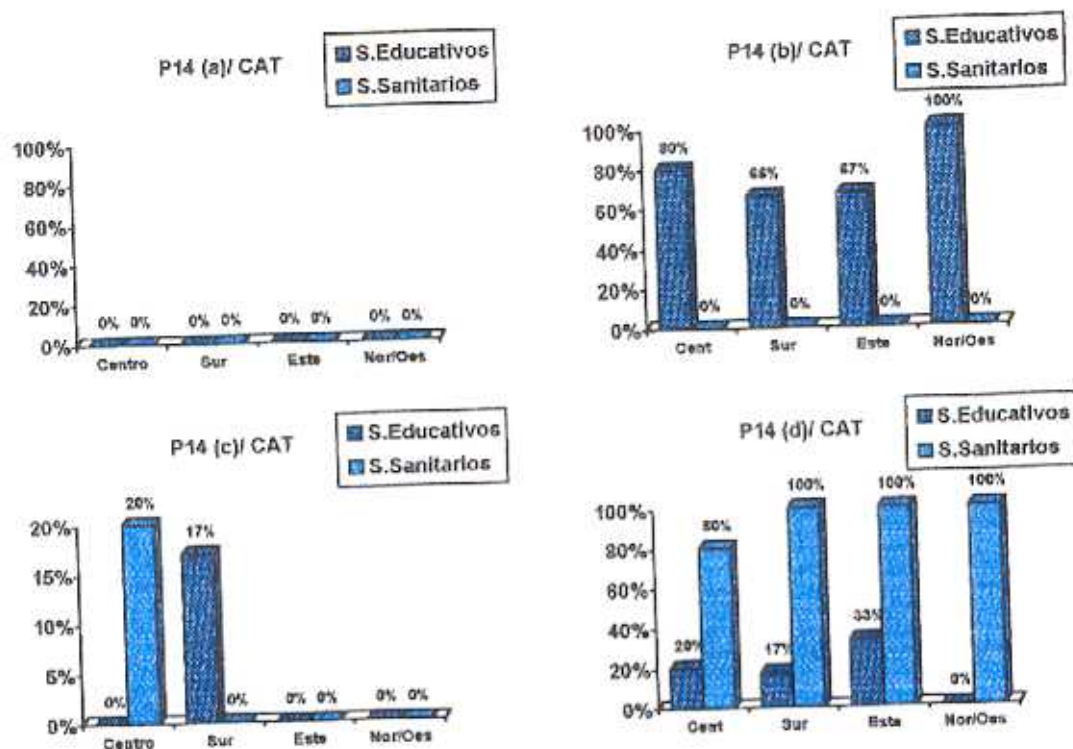
Con referencia a los Servicios Educativos

b) Adecuada, pero podría mejorarse (73%)	d) Mínima, debería mejorar (20%)	c) Mínima, pero suficiente (7%)	a) Adecuada y suficiente (0%)
--	--	---------------------------------------	----------------------------------

Con referencia a los Servicios Sanitarios

d) Mínima, debería mejorar (93%)	c) Mínima, pero suficiente (7%)	b) Adecuada, pero podría mejorarse (0%)	a) Adecuada y suficiente (0%)
--	---------------------------------------	---	----------------------------------





- Elementos que mayor éxito aportan a la coordinación mantenida con los servicios educativos y sanitarios (P15)

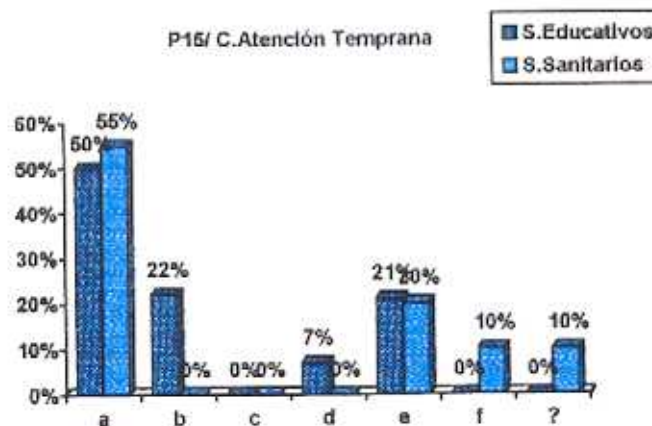
Con referencia a los Servicios Educativos

a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su centro (50%)	b) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de los servicios sanitarios (22%)	e) La formalización de la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico (21%)
d) La existencia de un programa o convenio entre su centro y alguno de estos servicios (7%)	c) La existencia de un programa de coordinación interinstitucional (0%)	f) Otros (0%)

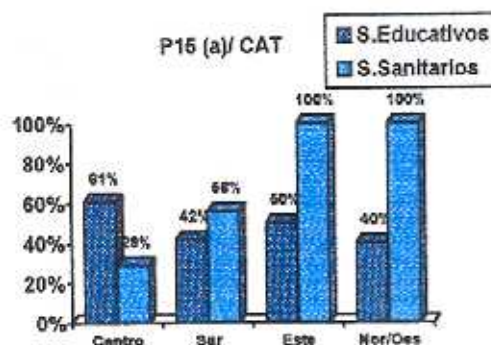
Con referencia a los Servicios Sanitarios

<p>?</p> <p>Centro: 29%</p>		
a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su centro (55%)	e) La formalización de la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico (20%)	f) Otros: - La juventud de los pediatras/ - La actuación del Trabajador Social (10%)
b) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de los servicios sanitarios (0%)	c) La existencia de un programa de coordinación interinstitucional (0%)	d) La existencia de un programa o convenio entre su centro y alguno de estos servicios (0%)

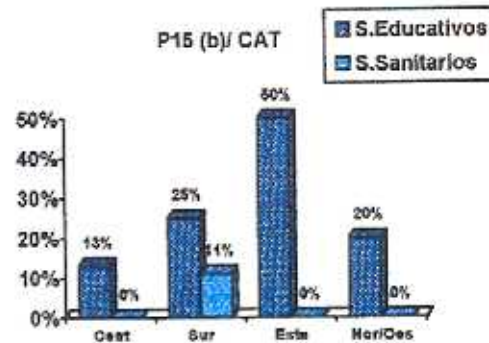
P15/ C.Atención Temprana

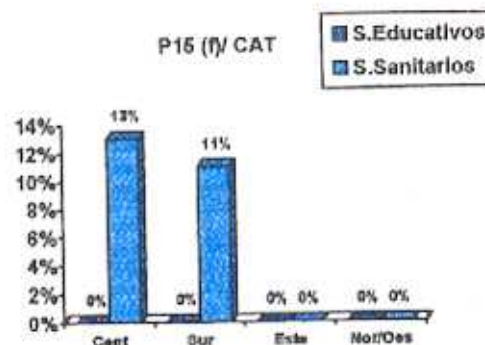
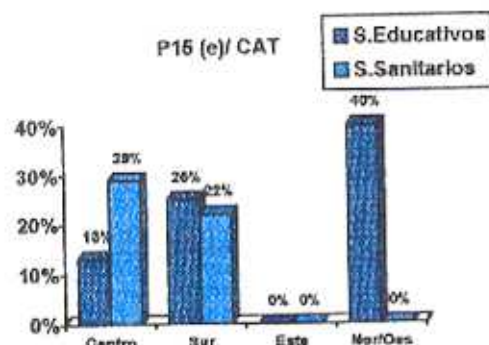
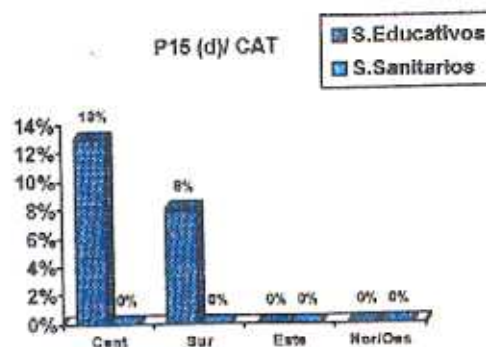
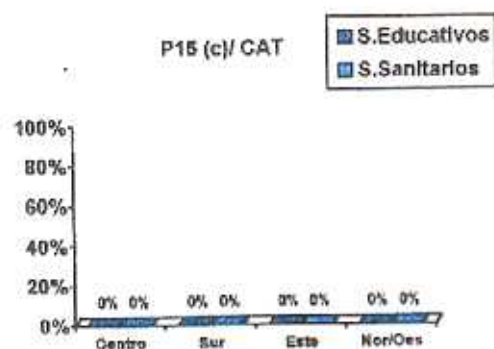


P15 (a)/ CAT



P15 (b)/ CAT





- Elementos que mayores limitaciones aportan a la coordinación mantenida con los servicios educativos y sanitarios (P16)

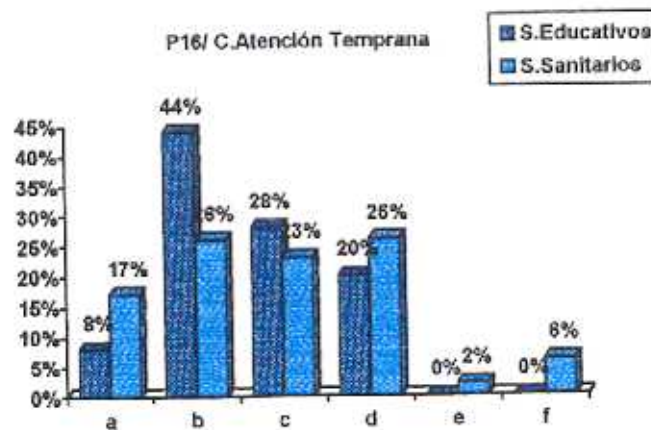
Con referencia a los Servicios Educativos

b) El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales de su centro (44%)	e) La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional (28%)	d) La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y alguno de estos servicios (20%)
a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos servicios (8%)	e) La imposibilidad de formalizar la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico (0%)	f) Otros (0%)

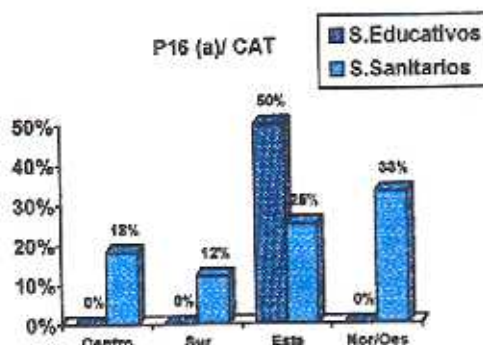
Con referencia a los Servicios Sanitarios

b) El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales	d) La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y alguno de estos servicios	e) La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional
(26%)	(26%)	(23%)
a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos servicios	f) Otros: - <i>Poca voluntad de coordinación por parte de S.Sanitarios</i> - <i>Poco acercamiento de Pediatras a la detección precoz de deficiencias</i>	e) La imposibilidad de formalizar la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico
(17%)	(6%)	(2%)

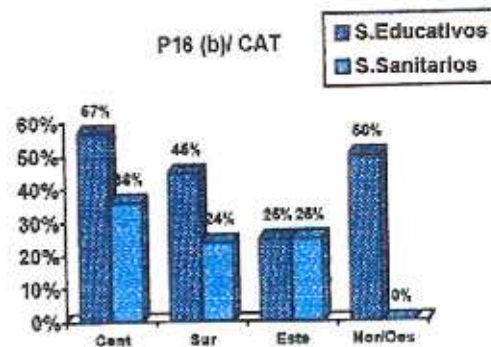
P16/ C.Atención Temprana

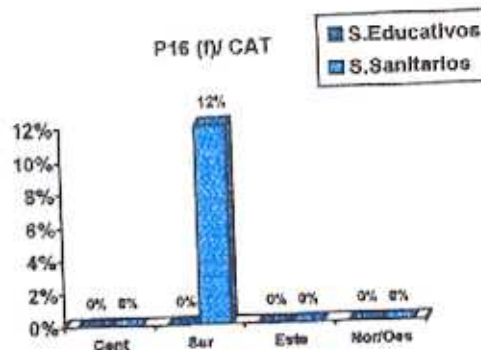
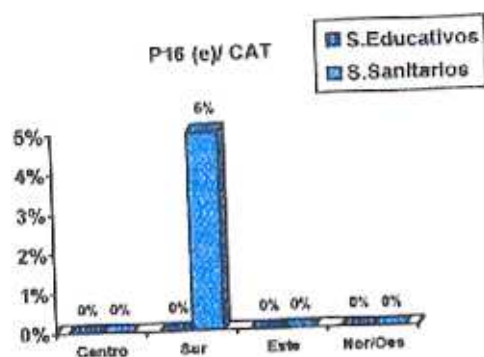
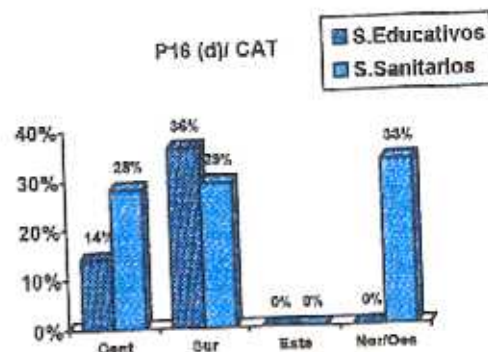
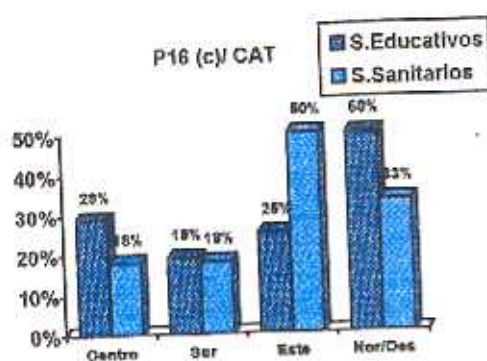


P16 (a)/ CAT



P16 (b)/ CAT

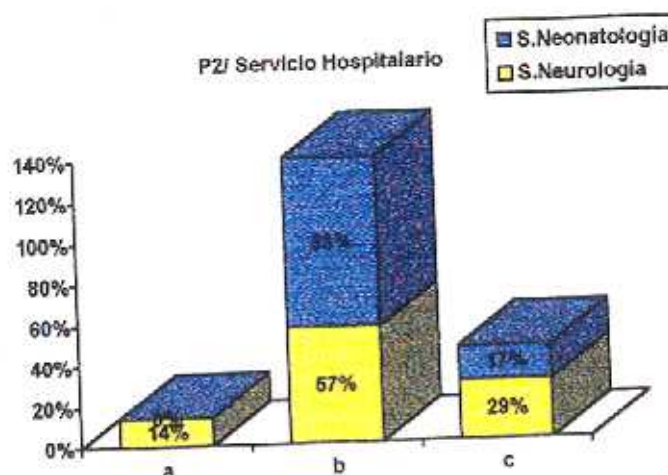




B. Ámbito Sanitario: Servicio Hospitalario

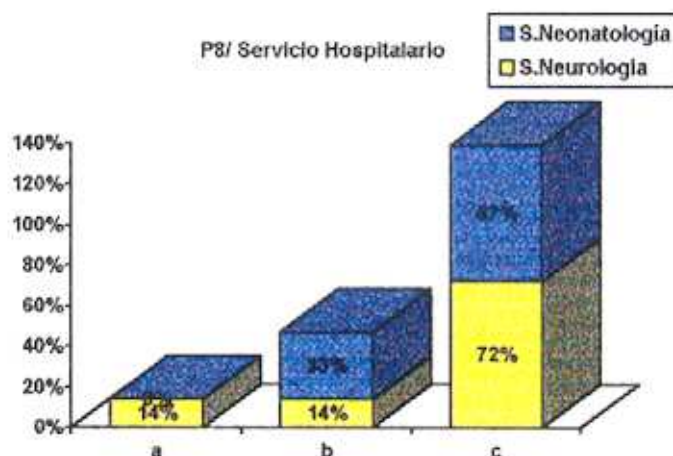
- El acceso a la información que los centros de Atención Temprana pueden aportar se convierte en algo (P2)

b) Dificultoso (69%)	c) Muy difícil o imposible (23%)	a) Fácil (8%)
-------------------------	-------------------------------------	------------------



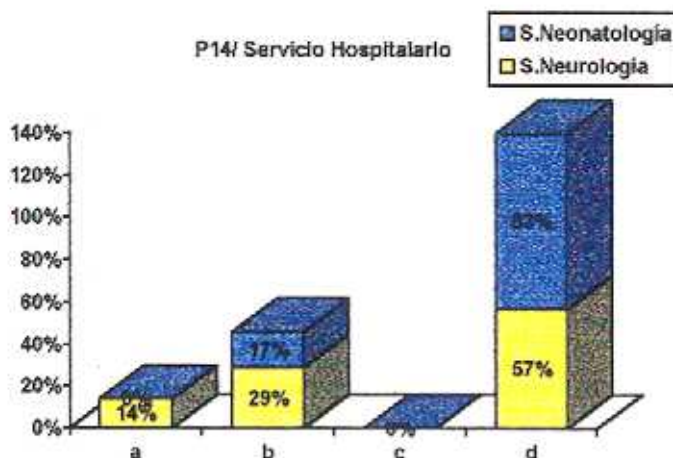
- La información que solicitan a su servicio los centros de Atención Temprana (P8)

c) Es adecuada a las necesidades que presenta su intervención psicopedagógica (69%)	b) Es menos de la que ellos pueden necesitar en su intervención psicopedagógica (23%)	a) Es más de la que ellos pueden necesitar en su intervención Psicopedagógica (8%)
--	--	---



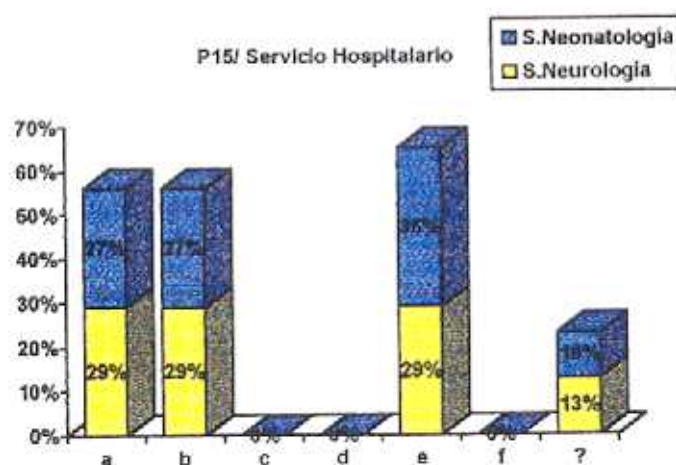
- Definición de la coordinación mantenida con los centros de Atención Temprana (P14)

d) Mínima, debería mejorar (69%)	b) Adecuada, pero podría mejorarse (23%)	a) Adecuada y suficiente (8%)	c) Mínima, pero suficiente (0%)
-------------------------------------	---	----------------------------------	------------------------------------



- Elementos que mayor éxito aportan a la coordinación mantenida con los centros de Atención Temprana (P15)

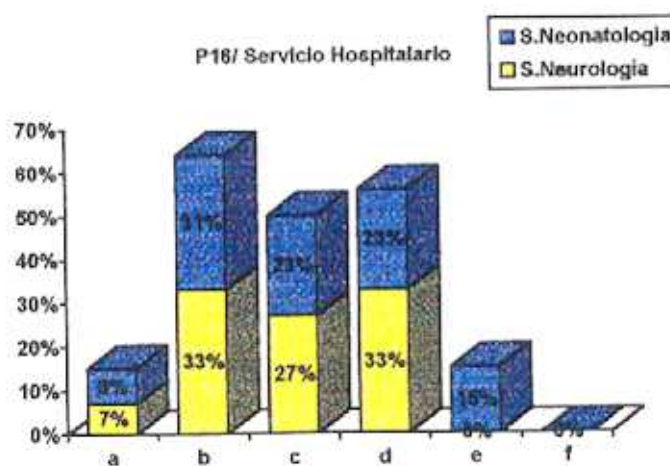
? = 12%		
e) La formalización de la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico (32%)	a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su servicio (28%)	b) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos centros (28%)
e) La existencia de un programa de coordinación interinstitucional (0%)	d) La existencia de un programa o convenio entre su servicio y alguno de estos centros (0%)	f) Otros (0%)



- Elementos que mayores limitaciones aportan a la coordinación mantenida con los centros de Atención Temprana (P16)

b) El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales de su servicio (32%)	d) La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y alguno de estos centros (29%)	c) La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional (25%)
---	---	---

a) La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales	e) La imposibilidad de formalizar la relación, pese a la inexistencia de algún programa o convenio específico	f) Otros
(7%)	(7%)	(0%)



ABRIR CAPÍTULO 11 3ª PARTE





ABRIR 3ª PARTE

CAPÍTULO 11

RESULTADOS

1. RESULTADOS MÁS SIGNIFICATIVOS A PARTIR DE LOS DATOS OBTENIDOS

1.1 EN CUANTO A LOS NIVELES DE PARTICIPACIÓN

A. Participación Global

- Atendiendo a los distintos grados de participación, tenemos en primer lugar a los servicios educativos, seguidos de los sanitarios u hospitalarios, y finalmente a los servicios sociales o centros de Atención Temprana.

B. Servicios Educativos

- Es en la zona Centro, seguida de la Sur, en la que existe una mayor participación; en la zona Norte, seguida de la Oeste, en la que menos.
- Los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana tienen mayor participación que los centros escolares, concretamente del cien por cien, a excepción de la zona Este, en la que queda reducida a la mitad.

C. Servicios Sociales o Centros de Atención Temprana

- Mantienen una mayor participación la zona Sur y Oeste, y en menor grado la Norte, seguida de la Este.
- Es importante señalar la mayor participación de las entidades o asociaciones de naturaleza privada frente a las entidades de naturaleza pública, como son los Centros Base Comunitarios.

D. Servicios Sanitarios u Hospitalarios

- Es significativa la participación de los servicios de Neuropediatría, con una participación del cien por cien, así como la de los servicios de Rehabilitación Infantil, aunque éstos por todo lo contrario, debido a su nulo nivel de participación, repercutiendo notablemente en el nivel de participación global de los servicios sanitarios.

1.2 EN CUANTO A LA CONFIGURACIÓN DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE CARA A SU IMPLICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA A.T.

A. Centro Educativo

- Existe un mayor número de niños escolarizados en el primer ciclo que en el segundo, pero no ocurre lo mismo con los niños escolarizados bajo la modalidad de integración, los que se encuentran en mayor número en el segundo ciclo.
- Atendiendo a la proporción de niños escolarizados en las diferentes zonas comunitarias, es la zona Centro la que acoge un mayor número de niños con plaza de integración y la zona Este, la que menos.

- Las patologías más comunes entre los niños que ocupan plaza de integración son el S. de Down, las de afectación motora y las de retraso parcial o generalizado del desarrollo sin causa determinada. Destaca en la zona Este la cifra de más de la mitad de patologías de naturaleza motora.
- Sólo la mitad de los niños escolarizados con plaza de integración reciben algún tipo de tratamiento específico en el marco de la Atención Temprana, con mayor incidencia, aunque no importante, en el primer ciclo. Destaca la zona Este como la más representativa y la Norte como la menos.
- Existe una mínima incidencia de niños que bajo la modalidad de ordinaria reciban algún tipo de tratamiento en alguno de los servicios sociales en los que se ofrece Atención Temprana, siendo la zona Centro la más representativa y la Norte, una vez más, la menos.

B. Equipo de Atención Temprana

- Los equipos que mayor número de escuelas acogen son los de la zona Este, frente a los de la zona Norte que son los que menos.
- Son los equipos de la zona Este, seguidos de la Centro, los que mantienen una relación con mayor número de Centros de Atención Temprana, y los de la zona Norte los que con menos.
- Dentro del grupo de niños que requieren una mayor atención por parte del equipo, la mayoría ocupa plaza de integración y recibe tratamiento específico de Atención Temprana.

- De la misma manera que el centro escolar, entre los niños con especial atención, destacan aquellos que padecen Síndrome de Down, alteraciones motoras y retraso generalizado del desarrollo sin causa determinada, sobresaliendo algo más esta última afectación. Es importante el lugar que en la zona Este ocupan las secuelas de la prematuridad y bajo peso respecto a otras zona, situándose en importancia después de las alteraciones motoras.

1.3 EN CUANTO AL PAPEL DESEMPEÑADO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN, ATENDIENDO A LA IMPLICACIÓN DE DICHO PROCESO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

A. Centro Escolar

- En cuanto a la tarea específica del director en este proceso, según ellos mismos, mantienen una implicación directa, a través de un seguimiento en base al contacto periódico con los profesores y el EAT. Son los directores de la zona Norte los que más alejados o distantes se ven del proceso, aunque sin llegar a constituir la mitad.
- En términos globales, la labor ejercida por el educador en el aula con los niños de integración, según él mismo, y principalmente en la zona Norte, es producto de su propio estudio e indagación, aunque esta proporción no llega a alcanzar la mitad. Algo más de un tercio de educadores, considera que su labor es producto de las pautas o criterios de actuación que elabora su EAT, postura más propia de la zona Sur. Sólo una quinta parte de los educadores consideran que esta labor sea producto de un programa o proyecto consensuado por todos los miembros de su escuela, postura algo más destacada en la zona Centro.
- En cuanto a la figura sobre las que recae las decisiones más importantes en torno a la integración, según el *director*, recaen principalmente sobre el profesor tutor, el que

recibe apoyo del EAT. Pero en un segundo lugar, sobre todo en la zona Sur, se considera que estas decisiones recaen de forma conjunta sobre todos los profesionales de la escuela, los que apoyan y ayudan al profesor tutor. En una proporción mínima se considera que recaen directamente sobre el EAT, el que macaría el camino al profesor, postura más avalada por la zona Oeste y Norte.

- El acceso del educador a la información más significativa sobre los niños con n.e.e. de su aula, según ellos mismos, lo obtienen a través del EAT, proporción algo más baja en la zona Este. Una cuarta parte dice ser producto de su propia indagación, principalmente los de la zona Este y, algo menos, los de la Norte. Sólo una pequeña proporción asegura obtenerla a través de la propia escuela, donde destaca mínimamente la zona Oeste.
- En cuanto a la función del EAT en la escuela, el *director* dice, en mayor proporción, que es la de asesorar y apoyar a la escuela en su globalidad, ante cualquier problema educativo, principalmente los de la zona Centro y en menor medida, los de la zona Oeste. Por el contrario, casi un tercio de la población, asegura que su función está más en el terreno específico de la n.e.e., postura más propia de la zona Oeste.
- La intervención del EAT en la escuela en lo que se refiere a la intervención en el aula, según más de la mitad de los *Educadores*, es de orientación y apoyo a su actividad desarrollada en el marco específico de las n.e.e., algo menos característico en la zona Centro, aunque sí apoyado por al menos la mitad de los profesionales. Algo menos de un cuarto de población considera que es una labor de orientación y apoyo a la actividad general en el aula, no centrada únicamente en las n.e.e., postura más propia de la zona Centro. Sólo una pequeña proporción de educadores, considera su labor únicamente de diagnóstico e intervención puntual y directa con los n.e.e., algo más destacable, aunque no muy significativamente, en las zonas Sur y Norte.

B. Equipo de Atención Temprana

- Lugar preferente que dentro del contexto escolar ocupa la intervención del equipo.
 - Según el *Psicopedagogo*, en una proporción algo mayor a la mitad, a excepción de las zonas Sur y Oeste, ocupa un lugar en el plano educativo general de la escuela, sin un claro predominio sobre los asuntos específicos de las n.e.e. Pero una cuarta parte, entre la que no se encuentra la zona Este, considera que su lugar se encuentra en materia específica de tratamiento de las n.e.e., aunque en un plano global y general de centro y no específico de aula. Sólo una mínima parte, representada por la zona Oeste, considera que este lugar se encuentra en el tratamiento específico de las n.e.e. a nivel de aula.
 - Según *El Profesor de Apoyo*, y a diferencia del Psicopedagogo, el lugar preferente se encuentra en el tratamiento específico de las n.e.e. a nivel de aula, aunque esta afirmación, pese a ser la más amplia, no llega a la mitad de las propuestas y básicamente se encuentra avalada por la zona Norte. Más de la mitad de profesores de apoyo se encuentran proporcionalmente divididos entre dos posturas, la de que el papel del equipo se encuentra en el área específica de las n.e.e., aunque a nivel general de centro, y la de que su papel es general y global a cualquier aspecto educativo de la escuela, no centrada únicamente en el plano de la integración, postura al cien por cien avalada por la zona Este.
 - Entre los *Logopedas*, tampoco existe una clara postura que predomine frente al resto. Cuatro quintas partes se encuentran divididas entre un papel dentro del área específica de las n.e.e., pero a nivel general de centro, donde destaca la postura de la zona Sur, y entre un papel en el plano educativo general de centro, sin un predominio en el tratamiento de las n.e.e. Sólo una quinta parte, donde destaca la zona Norte, apoya que el lugar preferente se encuentra en el tratamiento específico de las n.e.e. a nivel de aula.
 - Entre los *Trabajadores Sociales*, existe una postura similar a la de los logopedas, aunque con unos porcentajes más claros hacia una determinada postura. Aproximadamente, más de dos tercios de estos profesionales, consideran que

existe un papel más destacado en el área de las n.e.e., pero a un nivel general de centro y no sólo de aula, postura muy destacada en la zona Oeste. Algo más de un cuarto de profesionales le adjudican un papel en plano educativo general de la escuela, postura en la que existe una fuerte representación en la zona Norte. Sólo mínimamente, y únicamente en la zona Centro, se avala un papel basado únicamente en las n.e.e. y a nivel de aula.

- Como principal función del equipo como servicio de apoyo a la escuela, todos y cada uno de los profesionales tienden a destacar que ésta se basa en proporcionar el apoyo a toda la actividad educativa que tiene lugar en la escuela; ahora bien, en distinta proporción y, ninguna de ellas apoyada por algo más de la mitad de ellos. En primer lugar, el psicopedagogo, en la que destacan la zona Centro y Sur, en segundo, el logopeda, seguido del trabajador social, donde destaca la zona Norte y, en último lugar, el profesor de apoyo, destacando la zona Este. Algo más de un tercio de todos estos profesionales proponen que esta función se basa en proporcionar las líneas de actuación que mejor se ajustan a las n.e.e., siendo en primer lugar el profesor de apoyo, seguido del trabajador social y psicopedagogo y, en último el logopeda; postura en la que destacan las zonas Norte y Oeste. Sólo una novena parte de los profesionales defienden que la función de equipo es la de proporcionar únicamente un diagnóstico y valoración de las n.e.e., entre los que cabe resaltar al logopeda y al profesor de apoyo y la zona Sur.
- En cuanto a cómo lleva a cabo el profesor de apoyo, como el miembro más directamente implicado en el tratamiento directo de las n.e.e., su valoración respecto a estos niños, él mismo responde, exactamente en una proporción de dos tercios, que ésta se lleva a cabo a través del equipo y la escuela en su conjunto, en la que él participa; postura representada básicamente por la zona Centro y Sur. Un tercio responde que esta valoración la realiza el equipo por sí sólo y en la que él participa

como miembro; postura avalada al cien por cien por la zona Norte y Este. Nadie dice realizarla por si solo de forma individual.

1.4 EN CUANTO A LA SENSIBILIZACIÓN DE LOS DISTINTOS SERVICIOS ANTE LA NECESIDAD DE UNA ACTIVIDAD COMUNICATIVA

A. Servicios Educativos

- El *Director* de la escuela, ante la existencia o no de un contacto con algún CAT de su zona, dice en una amplia proporción mantenerlo, sólo una mínima y poco significativa proporción asegura no mantenerlo por no considerarlo imprescindible en su tarea, proporción ubicada toda ella en la zona Este. Una proporción similar a esta última no contesta, representada por la zona Sur y Centro.
- Dos tercios de los *Educadores*, califican de gran utilidad lo transcurrido en los CAT al tener importantes repercusiones sobre el tratamiento educativo; postura apoyada de forma importante en la zona Oeste y algo menos en la zona Centro. Una importante proporción de educadores no contesta, principalmente en la zona Norte y Centro, y algo menos, considera poco relevante esta información al apoyar que su actividad tiene muy poco que ver a la desarrollada en estos centros; ésta última postura es de doble proporción a la de los directores que no consideraban relevante mantener un contacto con estos centros.

Dentro de aquellos que la perciben como relevante, más de la mitad consideran que le sirve de guía al diseño de su actividad, sobre todo en la zona Oeste; casi un tercio dice serle de muy difícil acceso, sobre todo en la zona Sur y Centro, y sólo una décima parte, encabezada por la zona Norte, confiesa que, pese a saber su relevancia, la mayoría de veces no sabe como utilizarla

- Para el *Profesor de Apoyo*, la incidencia que los CAT tienen como fuentes de información para la valoración de las n.e.e. es mínima respecto al examen psicopedagógico que el equipo somete a cada caso, al contexto familiar y al contexto escolar, importancia que sigue este orden, otorgándole el último a la información de estos centros; postura ésta más significativa en la zona Norte que en la zona Sur donde se le otorga más valor que a la que ofrece el propio contexto escolar.
- Para el *Logopeda*, en una mayor proporción, prácticamente representada por la zona Sur y Centro, la relación con los CAT no la considera relevante por el poco peso que tiene en su actividad; en su mayor parte, y con mayor relevancia en la zona Centro, porque son pocos los niños tratados que reciben tratamiento en estos centros y, en algo menos de la mitad, porque consideran que esta información tiene poca relevancia en su actividad. Algo más de un tercio sí la considera importante, concretamente en todo lo concerniente al lenguaje; y sólo casi una quinta parte la considera valiosa por la información global que pueden aportar sobre cada caso tratado.
- El *Trabajador Social*, afirma casi unánimemente que la relación mantenida con los CAT es estrecha por las importantes repercusiones que lo allí transcurrido tiene para su actividad; sólo una mínima parte, representada por la zona Sur, la considera nula por la poca relevancia de lo que pueden aportar estos centros a su labor.

B. Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- Respecto a la repercusión que sobre la labor del CAT tiene la información de otros servicios, se considera como "mucho" por gran parte de la población en lo referente a los servicios sanitarios y algo inferior, aunque también alta, respecto a los servicios educativos; estas diferencias entre unos y otros servicios vienen determinadas por la zona Centro y Sur. En una quinta parte se considera importante, aunque no imprescindible, la información de los servicios educativos, algo que no ocurre con los

sanitarios; posición también de los centros de la zona Centro y Sur. En un nivel mínimo y proporcional a los servicios sanitarios y educativos, se considera esta información que puede aportar muy poco o nada, concretamente en la zona Sur.

C. Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- Respecto a la repercusión que sobre la labor del Servicio Hospitalario tiene la información de los CAT, se considera como "muchacha" por algo más de cuatro quintas partes del personal sanitario, teniendo algo más de repercusión el S. de Neonatología que el de Neuropediatría. Nadie la considera poco o nada importante y sólo algo más de una décima parte, encabezada por los neuropediatras, la considera importante, aunque no imprescindible.

1.5 EN CUANTO A LA ACTIVIDAD COMUNICATIVA EN LOS DISTINTOS SERVICIOS Y SU SISTEMATIZACIÓN

A. LOS ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

a) Servicios Educativos

- En el contacto con los CAT del sector que mantienen los distintos profesionales
 - El *Director*, afirma que no existe una clara predominancia en que éste sea directo o a través del EAT. Existe una mínima mayoría que establece este contacto a través del EAT, donde destaca la zona Norte, pero también hay una gran proporción, muy cercana a ésta última, que dice mantenerlo a través de un contacto directo y personal, principalmente en la zona Este. Sólo una mínima y poco significativa proporción no contesta a esta cuestión, pertenecientes a la zona Sur y Centro.
 - El *Profesor de Apoyo*, el contacto que mantiene tiene lugar unánimemente, a excepción de la zona Norte, a través del EAT del que forma parte integrante.

Sólo una pequeña proporción, representada únicamente por la zona Norte, lo establece a través de la escuela. Ninguno dice mantenerlo de forma individual y directa, al igual que tampoco afirman no mantener ningún tipo de relación.

- El *Logopeda*, en gran mayoría, establece este contacto a través de su propio equipo, del que forma parte. Sólo una mínima proporción, únicamente de la zona Norte, habla de un contacto directo e independiente siempre que lo cree necesario, y en la misma leve proporción, aunque esta vez en la zona Sur, no ofrecen ningún tipo de respuesta.
- El *Trabajador Social*, también bajo una unanimidad, exceptuando los profesionales de la zona Sur, dicen establecer el contacto siempre a través de su equipo, sólo una mínima parte de esta zona Sur, dice establecer el contacto de forma independiente y directa siempre que así lo requiere una situación.

- La relación que la escuela establece con los CAT

- Según los *Educadores*, en una proporción algo superior a la mitad, está basada en un contacto directo entre escuela y estos centros, adquiriendo el mayor protagonismo la zona Norte y Centro. Aunque en una proporción cercana a la mitad y con poca diferencia respecto a la anterior, se considera una relación basada en el papel desempeñado por el EAT como mecanismo de conexión, posición destacable de la zona Oeste.
- Según el *Psicopedagogo*, en una proporción que no llega a la mitad, a través del equipo y la escuela conjuntamente, destacando la zona Sur y Norte. En una proporción algo superior al tercio y encabezada por la zona Oeste, a través del propio equipo, haciendo de punto de conexión entre CAT y escuela. Sólo una quinta parte, con predominio de la zona Este, aseguran que la relación se establece indistintamente entre escuela o equipo.
- Según el *Profesor de Apoyo*, en mayoría absoluta, excepto la zona Norte, asegura que se trata de una relación directa entre Equipo y CAT, sirviendo de mediador

- entre éste y la escuela. Sólo una mínima parte, representada únicamente por la zona Norte, asegura que se trata de una relación directa entre escuela y CAT.
- Según el *Logopeda*, también por unanimidad, excepto la zona Sur, avala la propuesta que se trata de una relación directa entre Equipo y CAT. Y también una mínima parte, representada únicamente por la zona Sur, habla de una relación directa entre CAT y escuela.
- Según el *Trabajador Social*, y bajo una proporción de cien por cien, esta relación, una vez más, está basada en el contacto directo entre EAT y CAT, sirviendo de mediador entre estos centros y la escuela. Sólo una baja proporción de la zona Norte no contesta a la cuestión.
- En caso de existir un mecanismo de comunicación con los CAT, cuál sería para los educadores, la principal fuente de información en lo que se refiere a la labor en ellos desempeñada. Una alta proporción, próxima a la mitad no contestan, principalmente representada por la zona Sur. Próxima a un tercio asegura que es el EAT la principal fuente de información al respecto, postura ampliamente representada por la zona Oeste, pero una proporción algo similar aunque algo más baja, dice que la principal fuente son los contactos que directamente establece la escuela. Sólo una mínima parte, encabezada por la zona Norte, asegura que es la escuela a través de la figura directiva.
- b) Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana**
- Dos tercios de los CAT, en cuanto a lo que se refiere a los servicios educativos, suelen mantener una relación con los Equipos de A.T., y un tercio de ellos aluden a una relación directa con los centros escolares. Dentro de estos servicios, con aquellos profesionales con los que mantienen una comunicación más directa, son en primer lugar, los psicólogos y en segundo los trabajadores sociales, con muy poca diferencia entre sí y sumando entre ambos algo más de los dos tercios de profesionales con los

que se contacta. El tercio restante queda dividido de forma proporcional entre profesores, logopeda, profesor de apoyo y pedagogo.

- Algo más de la mitad de los CAT, en cuanto a lo que se refiere a los servicios sanitarios, mantienen una relación más frecuente con los servicios hospitalarios; en una proporción algo menor, pero cercana al cincuenta por ciento, esta relación se basa principalmente en el contacto con los servicios de Atención Primaria, concretamente con el de Pediatría, y en una mínima proporción con los Servicios o Unidades de Salud Mental propios de la Atención Primaria. En cuanto a los profesionales con los que se establece este contacto, en primer lugar, directamente con los profesionales sanitarios, en segundo, indistintamente con los Trabajadores Sociales de estos servicios y los médicos de las distintas especialidades; y en último, aunque en una proporción de un cuarto, únicamente con los Trabajadores Sociales de los servicios sanitarios.

c) Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- Más de un tercio de estos servicios, en referencia a la relación o contacto que mantienen con los CAT, no contesta, siendo mayor la proporción dentro de los servicios de Neuropediatría que en los de Neonatología. Entre los que contestan, todos dicen establecer esta relación con los CAT propios de las asociaciones y a los centros del INSERSO. Entre los profesionales con los que mantienen este contacto se encuentra, en primer lugar, el psicólogo, en segundo lugar, el fisioterapeuta, sumando entre ambos algo más de dos tercios, seguidos, en una menor proporción, el logopeda, trabajador social y estimulador.

B. LOS CANALES DE COMUNICACIÓN

a) Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- El acceso que los CAT tienen a la información de otros servicios, concretamente en lo referente a los servicios educativos, tiene lugar proporcionalmente a través de un contacto directo con otros servicios y a través de la familia por medio verbal; pese a ello, es algo mayor el medio directo que el familiar. El acceso a través de la familia utilizando un medio escrito, es mínima, más propia de la zona Centro y Sur. En cuanto a los servicios sanitarios, el acceso a la información tiene lugar predominantemente a través de la familia por medio de un escrito y, en segundo lugar, por medio verbal. Sólo algo menos de una quinta parte tiene este acceso a través de un contacto directo con estos servicios. Una pequeña proporción, principalmente de la zona Centro, alude a otros mecanismos de acceso, como son los *informes Clínicos*.
- Por el contrario, la transmisión de información de estos centros tiene lugar, en lo referente a los servicios educativos, según más de la mitad de la población, a través de un contacto directo, en segundo lugar, según una tercera parte, a través de la familia con un escrito y, por último, y con una incidencia mucho más reducida, a través de la familia verbalmente, principalmente en la zona Sur y Centro. En lo que se refiere a los servicios sanitarios, más de la mitad de centros utiliza el medio escrito a través de la familia, donde cabe destacar la zona Sur, y de una forma proporcional, la otra mitad utiliza indistintamente el medio verbal a través de la familia y el contacto directo.

b) Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- El acceso a la información de los CAT, en más de la mitad de servicios, tiene lugar a través de la familia verbalmente; en una cuarta parte, utilizando el medio escrito; y por último, y con una menor incidencia, a través de un contacto directo. Algunos

servicios hacen referencia a otras modalidades como es el teléfono o el escrito por correo, aunque en mínima proporción y dentro de los servicios de Neuropediatría.

- Inversamente, la transmisión de información de estos servicios a los CAT, tiene lugar mayoritariamente a través de la familia de forma escrita, con mayor peso en los servicios de Neonatología; una cuarta parte dice realizarlo a través de un contacto directo, y en menor proporción, a través de la familia verbalmente, aunque sólo en el ámbito de la Neonatología.

C. EL CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN

a) Servicios Educativos

De una valoración general de la similitud de las propuestas en función de la mayor similitud con el contenido de la información que los servicios educativos reciben de los CAT, se obtiene una puntuación intermedia, donde la transmisión de un contenido específico no tiene lugar siempre, sino solamente en un cincuenta por cien de las veces. Dentro de este término medio propuesto de forma muy homogénea por los distintos profesionales cuestionados, se encontrarían unas mínimas diferencias entre el mayor o menor valor que otorga cada profesional en función de la mayor o menor transmisión de estos contenidos, en primer lugar el Psicopedagogo, seguido por el Trabajador Social, éste por el Educador y, en último lugar, por el Director. Al mismo tiempo, hay que señalar las pequeñas diferencias existentes entre la mayor o menor predominancia de unos u otros contenidos, sobre lo que nos vamos a detener de forma más pormenorizada.

- De cara a una valoración de los objetivos que mayor similitud tienen con el contenido de la información que proporciona la relación con los CAT, en caso de que ésta tenga lugar, tanto el *Director* del centro escolar, como el *psicopedagogo* del equipo,

sitúan en primer lugar, la complementariedad de la acción, en segundo, el seguimiento global del niño y , en último lugar, la derivación. Pero de todos ellos, una cuarta parte de los directores no contestan, así como tampoco una décima de los psicopedagogos. Los directores de las zonas Norte y Sur y los psicopedagogos de la zona Este son los que dan una mejor valoración global.

- De cara a una valoración de las propuestas que mayor similitud tienen con el contenido de la información que proporciona la relación con los CAT, en caso de que ésta tenga lugar:

- El *Educador*, de los que no contestan algo más de la mitad, en primer lugar, valora las posibilidades de un seguimiento y control más global del niño, en segundo, las posibilidades de una mejor comprensión de las n.e.e. y, por último, la posibilidad de una intervención complementaria. Sin embargo, el *Profesor de Apoyo*, los que contestan todos, en primer lugar, valora las posibilidades que ofrece una intervención complementaria, en segundo, el seguimiento y control más amplio y global y, por último, la mejor comprensión de las n.e.e. En la zona Este se otorga la mejor valoración global por parte de estos profesionales.
- El *Trabajador Social*, en primer lugar, valora las posibilidades que ofrece una intervención complementaria, en segundo, las posibilidades de una derivación, en tercer lugar, las posibilidades de un seguimiento y control más amplio y global y, en último, las posibilidades de una mejor comprensión de las n.e.e. Lo más importante ha desatacar es que la mayor parte de los trabajadores sociales no contestas a esta cuestión, casi dos tercios de la población; la única valoración realizada proviene de las zonas Centro y Norte.

b) Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- Según dos tercios de los CAT, de forma importante de la zona Este y Sur, el ajuste de la información recibida de los servicios educativos a sus necesidades tiene lugar a veces; en algo más de una cuarta parte se considera que siempre, principalmente en la

zona Este; y en una mínima parte que nunca o muy pocas veces, postura más propia de los centros de la zona Centro. En cuanto al ajuste de la información de los servicios sanitarios, una amplia proporción de centros, destacando los de la zona Centro, consideran que sólo a veces existe un ajuste a sus necesidades; una quinta parte considera que nunca o muy pocas veces, más propio de los centros de la zona Noroeste, y ninguno de ellos asegura que este ajuste tenga lugar siempre.

- En cuanto al contenido de la información que aportan los servicios educativos a los CAT, no existe un predominio por algún contenido específico, sino que es muy amplio y diversificado. En una misma proporción se considera que este contenido se encuentra en base a la derivación, destacando la zona Este, a la modalidad educativa del niño, a la valoración de las n.e.e. y a los acontecimientos más destacables transcurridos en el contexto escolar, destacando la zona Centro. En segundo lugar, en una menor proporción, aunque no importante, y de forma proporcional, se hace referencia, como contenido, a las características del proceso de intervención y a las decisiones sobre un cambio de modalidad educativa. El contenido de la información que aportan los servicios sanitarios está más delimitado. Algo más de un tercio de los CAT, entre los que destacan los de la zona Este, dicen que este contenido se basa en el diagnóstico clínico; seguidamente, una cuarta parte dice que es referente a los acontecimientos clínicos más destacables después de una estancia hospitalaria; en una proporción mucho menor y en el siguiente orden, referente a la derivación, a las fechas de las siguientes revisiones, a la valoración de las repercusiones funcionales, a los cambios más destacables después de una revisión. Ningún centro apunta que esta información haga referencia a los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria.
- El contenido de la información que los CAT proporcionan a los servicios educativos, en primer lugar estaría basado en la modalidad de tratamiento recibido, en segundo en las características de la intervención, seguido de la evolución funcional psicofísica;

todo ello con proporciones bastante similares, aunque distintas, tal y como lo indica el orden propuesto. A una mayor distancia, y en el siguiente orden, se encontraría el diagnóstico psicopedagógico y la derivación. En cuanto al contenido de la información proporcionada a los servicios sanitarios se plantea de manera muy similar a los educativos. En proporciones idénticas se encuentran la modalidad de tratamiento, las características de la intervención y la evolución funcional psicofísica; y al igual que con los educativos, y en proporciones similares, se encontraría el contenido referente al diagnóstico psicopedagógico y a la derivación. Una cuarta parte de la zona Noroeste no contesta en lo referente a la información transmitida a estos servicios.

c) Servicios Sanitarios

- Según los servicios sanitarios, normalmente el ajuste de la información de los CAT a sus necesidades tiene lugar sólo "a veces", situación algo más destacada en el servicio de Neonatología; en ocasiones, "nunca o muy pocas veces", predominantemente en el servicio de Neuropediatría, y raramente "siempre", también más propio en Neuropediatría.
- El orden del contenido de la información que aportan los CAT sería, en primer lugar, la evolución funcional psicofísica, en una proporción cercana a la mitad; en segundo lugar, y en una proporción bastante más reducida, el diagnóstico psicopedagógico, donde predominan los servicios de Neuropediatría, y la modalidad de tratamiento recibido; en tercer lugar, y en una proporción bastante similar, estaría la derivación, únicamente en los servicios de Neonatología, y las características de la intervención.
- En cuanto al contenido de la información que aportan estos servicios a los CAT, en primer lugar se encuentra el diagnóstico clínico, algo más en Neuropediatría, seguido de los acontecimientos clínicos más destacables después de una estancia hospitalaria, con mayor representación de los servicios de Neonatología; en tercer lugar se

encontrarían los cambios más destacables después de una revisión, información más propia de Neuropediatría; en cuarto lugar sería la valoración de las repercusiones funcionales psicofísicas, seguido de la derivación, las fechas de las siguientes revisiones, principalmente en Neuropediatría, y en una mínima proporción, básicamente del servicio de Neonatología, los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria.

D. MODALIDAD DE LA COMUNICACIÓN

a) Servicios Educativos

- Según la mitad de los *psicopedagogos*, la relación que mantiene con los CAT es directa y sistematizada, principalmente avalada por la zona Oeste; aunque algo más de un tercio, en gran medida de la zona Este, la considera directa, pero poco sistematizada, basada en un contacto esporádico ante una necesidad puntual. Una pequeña proporción, zona Centro y Norte, la considera indirecta, a través de otros miembros del equipo.
- Respecto a la relación que el equipo mantiene en su conjunto, algo más de la mitad de los *psicopedagogos*, principalmente de la zona Este y Centro, afirma que se establece sin criterios claramente establecidos; sin embargo, también en una alta proporción, aunque inferior a la media, hablan de una relación bajo criterios claramente establecidos, predominando la zona Oeste y Norte. Nadie afirma la inexistencia de esta relación.
- Ante el tipo de relación entre los servicios educativos y los CAT encontramos una unanimidad entre tres miembros del EAT, *Profesor de Apoyo, Logopeda y Trabajador Social*. Todos ellos, en su gran mayoría confirman que esta relación es directa entre el CAT y el equipo, sirviendo de conexión entre CAT y escuela. Esta

propuesta es avalada en mayor proporción por el Logopeda, luego por el Trabajador Social y, por último, por el Profesor de Apoyo. Una pequeña proporción de logopedas de la zona Sur y una menor proporción de Profesores de Apoyo de la zona Norte, aseguran que esta relación es directa entre escuela y CAT. Sólo una mínima parte de Profesores de Apoyo de la zona Centro dicen que la relación es esporádica y poco sistematizada, y algo más de una décima parte de Trabajadores Sociales no contestan.

b) Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- La solicitud de información por parte de los servicios educativos tiene lugar, en algo más de la mitad, de forma habitual, principalmente en las zonas Centro y Noroeste; en un tercio, sólo algunas veces, concretamente en la zona Este, y en una mínima parte, nunca o casi nunca, según los centros de la zona Sur. La solicitud de información por parte de los servicios sanitarios tiene lugar, en una proporción próxima a la mitad, nunca o casi nunca, al cien por cien en la zona Este; en una proporción inferior, sólo algunas veces y en algo más de una décima parte, de forma habitual.
- El tipo de contacto mantenido con los servicios educativos es indistintamente personal o telefónico, en mucha menos proporción a través de un escrito y nunca a través de un medio informático. El contacto con los servicios sanitarios, es principalmente telefónico; en una cuarta parte, a través de un escrito; en menor proporción, a través de un contacto personal, y nunca, a través de un medio informático.
- En caso de la existencia de un compromiso formal con los servicios educativos, éste se basa, en su mayor parte, en un calendario y espacios de contacto; en menor medida en la determinación de las situaciones susceptibles del mismo; nunca en un formato escrito a utilizar, ni en un programa informático. Algo más de un tercio no

contesta. En lo referente a los servicios sanitarios, la proporción sin contestación es mucho más amplia, algo superior a dos tercios. Entre los que contestan, en primer lugar se sitúa el calendario y espacios de contacto, en segundo lugar, la determinación del formato escrito a utilizar. Nadie dice que la base de esta relación sea la determinación de aquellas situaciones susceptibles de contacto ni la elaboración de un programa informático.

c) Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- La solicitud de información por parte de los CAT tiene lugar, según algo más de la mitad de servicios, de forma habitual; en una proporción algo menor a un tercio, algunas veces, y en una proporción bastante menor, nunca o casi nunca.
- En el contacto que se mantiene con los CAT, no existe una clara predominancia de modalidad. En primer lugar a través de la vía telefónica, sobre todo en Neonatología, y en segundo lugar, con predominancia en Neuropediatría, a través de un contacto personal y bajo la modalidad escrita; ninguno bajo medio informático.
- En caso de existir algún tipo de compromiso formal, éste se basa en la determinación de una situación susceptible de contacto, avalado en su totalidad por el servicio de Neonatología. En una mínima proporción, se basa en la determinación de un calendario y espacios de contacto, prácticamente desde el servicio de Neuropediatría. Nadie dice establecerlo a través de la determinación de un formato escrito o de un programa informático.

1.6 EN CUANTO A LA FORMALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD COMUNICATIVA ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS

A. Servicios Educativos

- Para la mayor parte de *Directores* de escuela, sobre todo de las zonas Norte y Este, la relación con los CAT no se basa en una relación formal, sino de contactos esporádicos ante necesidades puntuales; pero para otro extenso grupo, aunque no superior, ésta está formalizada a través del EAT; algo más de la quinta parte de directores habla de una relación formal entre escuela y CAT, y sólo una pequeña proporción, encabezada por la zona Oeste, dice que no existe ningún tipo de formalización ya que el contacto o relación es nula. Una décima parte no contesta.
- Sin embargo, para casi la mitad de la población de *educadores*, se trata, de una relación formal a través del EAT; para casi un tercio, se trata de una relación formal entre escuela y CAT, y para algo más de un quinto de población se trataría de una relación informal a través de contactos esporádicos y ante necesidades puntuales.
- La población de *psicopedagogos* queda dividida en dos grupos ante la confirmación de la formalización de la relación entre su equipo y los CAT, los que la catalogan como formal y los que lo hacen como informal; pese a la fuerte división, una décima parte más de psicopedagogos confirman su carácter formal, principalmente los de la zona Norte y Oeste.

B. Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- Con referencia a la formalización de la relación con los servicios educativos, algo más de la mitad de centros dice que existe un tipo de compromiso formal entre ambos a partir de unos criterios mínimos de actuación, sobre todo en la zona Sur; un tercio de centros asegura que no existe ningún tipo de formalización, la relación es producto de la espontaneidad y las necesidades del momento. Sólo una décima parte

de centros asegura mantener un tipo de compromiso específico a través de un convenio o programa, concretamente alguno de la zona Centro y Sur.

- Con referencia a los servicios sanitarios, la mayor parte de centros asegura no mantener ningún tipo de formalización en la relación, sino que es producto de la espontaneidad y las necesidades del momento. Algo menos de una quinta parte de centros habla de la existencia de un programa o convenio específico, generalmente de la zona Sur; y sólo una mínima proporción, apenas significativa y también reducida a la zona Sur, dice mantener un compromiso a partir del establecimiento de unos criterios mínimos de actuación.

C. Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- Según algo más de dos tercios de estos servicios, su relación con los CAT no es fruto de una formalización sino de la espontaneidad; el resto asegura, en primer lugar, que es fruto de un compromiso entre ambas partes y, en segundo lugar, en menor proporción, que está sujeta a un programa o convenio de colaboración específico.
- Sólo algo menos de una décima parte de servicios, concretamente los de Neonatología, son capaces de concretar el tipo de compromiso formal, en el caso que esté sujeto a un convenio o programa específico.

1.7 EN CUANTO A LA VALORACIÓN DE LOS ACTUALES NIVELES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

A. Servicios Sociales: Centro de Atención Temprana

- Algo más de la mitad de estos centros consideran el acceso a la información que pueden aportar los servicios educativos algo dificultoso, como es el caso de la zona Sur; aunque también existe un alto porcentaje que opina que es algo fácil, aunque en

menor grado. Sólo una mínima proporción, centros de la zona Este, lo consideran muy difícil o imposible. En cuanto al acceso a la información sanitaria, se considera, en bastante mayor proporción, dificultoso; y algo más de una décima parte lo considera muy difícil o imposible, sobre todo en la zona Sur. Nadie lo considera fácil.

- La información solicitada por los servicios educativos se considera, en algo más de la mitad de centros, como mayor de la que ellos ofrecen, destacando los centros de la zona Sur; una tercera parte la considera proporcional a la que ellos ofrecen, y ninguno como menor. En cuanto a la información solicitada por los servicios sanitarios, en una proporción equitativa a la propuesta al hablar sobre los servicios educativos, se considera mayor a la que ellos ofrecen, sobre todo en la zona Centro; una quinta parte la considera proporcional; y en una mínima proporción se considera menor a la que ellos ofrecen.
- La coordinación mantenida con los servicios educativos es considerada por los CAT, en un alto porcentaje, como adecuada, aunque podría mejorarse. En una quinta parte se considera como mínima, debiendo mejorar; una proporción inferior a la décima parte la considera mínima, aunque suficiente, principalmente en la zona Sur; y nadie la percibe como adecuada y suficiente. Sobre la coordinación mantenida con los servicios sanitarios, la gran mayoría de centros la cataloga de mínima, debiendo mejorar. Nadie la considera adecuada; sólo una mínima y poco significativa proporción, básicamente en la zona Centro, la percibe como mínima, aunque suficiente.
- Sobre los elementos que mayor éxito aportan a la coordinación mantenida con los servicios educativos, en primer lugar se encuentra la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales propios del centro, en segundo, la disponibilidad de los profesionales de estos centros y en tercero, la formalización de la relación pese a no existir ningún programa o convenio de colaboración. Sólo una pequeña proporción,

inferior a una décima parte, propia de la zona Centro y Sur, otorgan este éxito a la existencia de un programa o convenio específico. Nadie plantea la existencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial. En lo referente a los servicios sanitarios, se vuelve a plantear la disponibilidad de los profesionales de sus propios centros y en mayor proporción. Una quinta parte otorga el éxito a la formalización de la relación, pese a la inexistencia de programa o convenio; y una décima parte a la juventud de los Pediatras y a la actuación del Trabajador Social.

- Por el contrario, los elementos que mayores limitaciones aportan a esta coordinación con los servicios educativos, casi la mitad de centros argumentan el tiempo y recursos con los que cuentan sus profesionales, sobre todo en la zona Centro y Noroeste; en segundo lugar, la inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional, con mayor representación en la zona Noroeste; en tercer lugar la inexistencia de un programa o convenio específico entre el centro y estos servicios, con mayor peso en la zona Sur; y en una proporción inferior a la décima parte a la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales del sector educativo, principalmente en la zona Este. En cuanto a los servicios sanitarios, en proporciones muy equitativas entre sí, cercanas a la cuarta parte, argumentan el tiempo y recursos de sus profesionales, aunque en menor medida que con los educativos, la inexistencia de un programa o convenio entre su centro y estos servicios y la inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial; en una proporción algo mayor a la propuesta ante los servicios educativos, se argumenta la poca disponibilidad y accesibilidad del personal sanitario; y en proporciones mínimas, básicamente en la zona Sur, y siguiendo este orden, a la poca voluntad de coordinación por parte del personal sanitario, así como al poco acercamiento de los Pediatras a la detección precoz de las deficiencias y a la imposibilidad de formalizar la relación pese a la inexistencia de un programa o convenio.

B. Servicios Sanitarios: Servicio Hospitalario

- El acceso a la información que facilitan los CAT, se convierte, para algo más de dos tercios del personal sanitario, en algo dificultoso; para una cuarta parte, en muy difícil o imposible y sólo para una décima parte, básicamente del servicio de Neuropediatría, en algo fácil.
- La información solicitada por los CAT, para algo más de dos tercios, es adecuada a las necesidades de la intervención en estos centros; en opinión de una cuarta parte del personal sanitario, es menor de la que ellos pueden necesitar, en mayor medida en el servicio de Neonatología; y sólo en algo menos de una décima parte, considera que es mayor de la que necesitarían, principalmente desde el servicio de Neuropediatría.
- En cuanto a la coordinación mantenida con estos centros, la mayor parte considera que es mínima y que debería mejorar; una cuarta parte que es adecuada, pero que podría mejorarse; una mínima proporción, concretamente del servicio de Neuropediatría, la considera adecuada y suficiente.
- Los elementos que consideran de mayor peso en el éxito de la coordinación existente, en primer lugar estaría la formalización de la relación, pese a la inexistencia de un programa o convenio; y en segundo lugar, la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su servicio y de la de los profesionales de estos centros, de forma proporcional.
- Los elementos que, por el contrario, más limitaciones aportan, serían, por este orden, el tiempo y recursos de los profesionales de su servicio, la inexistencia de un programa o convenio de colaboración con estos centros y la inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial. Sólo una mínima parte, y de forma proporcional, lo acusan a la disponibilidad y accesibilidad de los

profesionales de los CAT y a la imposibilidad de formalizar la relación pese a la inexistencia de un programa o convenio específico; esta última argumentada básicamente desde el servicio de Neonatología.

2. RESULTADOS EN BASE A LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS

2.1 LOS NIVELES DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES, CENTROS DE A.T. Y LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

A. Implicación de los servicios educativos en el ámbito de la Atención Temprana

La integración educativa como la base o el argumento principal de la implicación de los servicios educativos en el ámbito de la Atención Temprana:

- a. Configuración de los servicios a partir de la escolarización de la población que padece deficiencia o sufre un alto riesgo frente a la misma
- b. Papel de los distintos servicios en el proceso de integración educativa y su repercusión en el campo de la Atención Temprana

a) Configuración de los distintos servicios

El 4% de los niños escolarizados en las Escuelas Infantiles de la CAM ocupan plaza de integración. El Ciclo escolar que mayor número de estos niños acoge en la actualidad, es el segundo ciclo.

Como patologías más comunes entre esta población atendida por estos servicios se encontraría, la del Síndrome de Down, las de afectación motora y las de retraso generalizado o parcial del desarrollo sin causa determinada. El Síndrome de Down es la patología más destacada por los centros escolares y el retraso generalizado o parcial del desarrollo la más destacada por los Equipos de Atención Temprana.

La mayor parte de estos niños escolarizados bajo una modalidad de integración reciben tratamiento específico de Atención Temprana en alguno de los servicios o centros del ámbito social, al mismo tiempo que reciben un seguimiento y control específico por parte del Equipo Psicopedagógico de Atención Temprana que presta su apoyo a la escuela como servicio educativo. Apenas es significativa la población escolarizada que, recibiendo algún tipo de tratamiento específico de Atención Temprana por parte de los servicios sociales, no ocupe una plaza de integración escolar.

Todos los EAT, dicen mantener relación o contacto con algún centro específico de Atención Temprana propio de los servicios sociales de su sector.

- *Zona Centro*: Proporcionalmente a los niños escolarizados, es la zona que acoge un mayor número de niños con plaza de integración, así como la zona donde los EAT mantienen contacto con un mayor número de CAT.
- *Zona Este*: Proporcionalmente a los niños escolarizados, es la zona que acoge el menor número de niños con plaza de integración. Es la zona en la que existe un mayor número de patologías de afectación motora y de secuelas de la prematuridad y del bajo peso al nacimiento. Es la zona donde, entre los niños con plaza de integración, tiene lugar un mayor número de tratamiento específicos de Atención Temprana dentro del ámbito social, así como la zona en la que los equipos atienden a un mayor número de escuelas y mantienen relación o contacto con mayor número de CAT.

→ *Zona Norte*: Se encuentran los EAT que menor número de escuelas acogen por equipo, así como los que con menor número de CAT mantienen una relación o contacto.

b) Papel desempeñado en el proceso de integración

- Papel de los profesionales del centro escolar -

Según el Director, normalmente, mantiene una implicación en el proceso de integración a través de un constante contacto con los Educadores con niño de integración en sus aulas y con el EAT. Aunque es una afirmación mayoritaria y amplia en este sector, no es única, en algún caso esporádico manifiestan cierto alejamiento de este proceso, como algo más propio de otros profesionales educativos.

En líneas generales, tal y como manifiesta el Director y el propio Educador, es éste último, con niños con n.e.e. en sus aulas, los que de manera más clara asumen el principal protagonismo en materia de integración, aunque prioritariamente, bajo el apoyo y asesoramiento del EAT. Pese a ello, el Educador, en ocasiones, considera que su labor en materia de integración es únicamente fruto de su propia indagación y actividad, dejando en un segundo lugar el papel desempeñado por el EAT. Sin embargo, la tarea del EAT es más valorada por el Educador en el momento de tener que recopilar información específica para el diseño de su actividad en el terreno de las n.e.e.

- Papel del equipo en su conjunto -

Tanto el Director de la escuela como el Psicopedagogo del equipo, aseguran que el lugar o la función específica del equipo en el contexto escolar se encuentra en el plano general de la escuela, abordando todos y cada uno de los aspectos educativos del centro, sin un claro predominio por los aspectos educativos de las n.e.e., ni por el tratamiento único en el contexto del aula, sino a nivel general y global de centro.

Por el contrario, tanto el Profesor de Apoyo, con una mayor incidencia, como el Logopeda y Trabajador Social, plantean un lugar y una función más específica en el terreno de las n.e.e. y no en todos y cada uno de los aspectos educativos de la escuela. El Profesor de Apoyo asegura, dentro de este lugar en el área de las n.e.e., una mayor implicación en el contexto del aula, sin embargo, tanto el Logopeda como el Trabajador Social, resaltan en mayor medida que la implicación tiene un alcance más general y global en el contexto del centro y no únicamente en el del aula. Algunos Logopedas y Trabajadores Sociales y, en menor medida, algún Profesor de Apoyo, apoyan la propuesta del Director y Psicopedagogo, en la que se afirma que el equipo no ocupa un lugar específico en el terreno de la integración, sino en todo el contexto escolar. También, sólo unos pocos, entre ellos el Profesor de Apoyo y Logopeda, aseguran que la función del equipo no es más que la del mero diagnóstico y valoración de las n.e.e.

La mayor parte de Profesores de Apoyo asegura que la valoración de las n.e.e., como principal implicado en el tratamiento de las mismas, se lleva a cabo de forma conjunta entre la escuela y su equipo y nunca de forma individual. Pese a esta manifestación generalizada existe una tendencia a resaltar el papel del EAT en esta valoración.

Teniendo en cuenta que generalmente los resultados propuestos son los predominantes en todas y cada una de las zonas comunitarias, hagamos un breve repaso de lo más característico de cada zona al margen de los resultados generales, de los que, en primer lugar, todas son partícipes.

- *Zona Centro*: Dentro de esta zona, existe cierta tendencia a resaltar el papel del EAT en el terreno general y global de la escuela, donde su función no ocupa exclusivo en el terreno de las n.e.e., sino en todos y cada uno de los aspectos educativos de la escuela.
- *Zona Sur y Oeste*: En ambas zonas, al contrario de la zona Centro, tiende a resaltarse cierto protagonismo del EAT en el terreno de las n.e.e., a excepción del

Psicopedagogo de la zona Sur, tanto a nivel de centro como de aula, donde se señala su aportación en criterios de actuación como su aportación en el diagnóstico y valoración de las n.e.e. Prueba de ello es que varios de los Directoreses de la zona Oeste apoyan que el mayor peso de la tarea desarrollada en el campo de la integración educativa recae sobre el EAT y no sobre el Educador; sin embargo, algunos de los Educadoreses de esta zona consideran que la información más valiosa sobre las n.e.e. de sus alumnos no la obtienen del equipo, sino de la propia escuela.

- *Zona Este*: Es la única zona, en la que encontramos un grupo de Psicopedagogos que consideran la función del equipo como específica en el terreno de las n.e.e. También es la zona en la que algunos Educadoreses aseguran que la información sobre las n.e.e. es producto de su propia indagación y no de la aportación del EAT, y la zona en la que algunos Profesores de Apoyo consideran que la valoración de las n.e.e es tarea específica de su equipo.
- *Zona Norte*: Quizás sea ésta la zona en la que, con más insistencia y homogeneidad entre los profesionales, se resalta el papel del EAT en la tarea específica del tratamiento de las n.e.e., incluso centrándolo más en el contexto del aula que en el general de centro. Algunos de los Educadoreses no percibe esta función específica del equipo como de orientación y apoyo a su actividad como de diagnóstico e intervención puntual en población con n.e.e.; prueba de ello son algunas de sus afirmaciones en cuanto a que su labor con estos niños, así como la fuente de información sobre cómo diseñar su actividad, es más producto de su propia indagación y estudio que de la aportación del EAT en esta materia.

c) Conclusión

Podemos asegurar una implicación de los servicios educativos en materia de Atención Temprana:

- Por su configuración a partir del tratamiento educativo de una población con sufrimiento de una deficiencia como producto de una patología a partir de un proceso de integración y de una atención a las necesidades educativas especiales,

desde una vertiente no sólo ordinaria y normalizada, propia del contexto escolar, sino además, desde una vertiente psicopedagógica, en la que tiene un cometido un equipo específico y variado de profesionales.

- Por la labor de cada uno de estos servicios en el tratamiento de estas n.e.e, en la que cabe destacar la labor del Educador y la del EAT como los principales elementos de dicho tratamiento, en la que ninguno, por el momento y de forma general, asume el protagonismo, sino que más bien, cada uno asume funciones distintas aunque no siempre compartidas, lo que puede llevar en ocasiones a cierto alejamiento entre ellos. Pese a todo ello, existe una tendencia, con un claro reflejo en la zona Centro y en la postura del Director y el Psicopedagogo, hacia un mayor peso e implicación de la escuela en su conjunto en el proceso de integración, en un apoyo al Educador que se encuentra con un niño de n.e.e. en su aula, así como una tendencia hacia una implicación más directa y amplia del EAT en el contexto escolar, abarcando cualquier aspecto educativo, no siempre centrada en las n.e.e.; ello supone consecuencias como:
 - Una mayor normalización del proceso educativo de los niños integrados en la escuela
 - Un mayor protagonismo del Educador en el proceso de integración que tiene lugar en el aula, labor en su conjunto apoyada y asesorada por el EAT; asumiendo así, el Educador, una función concreta y única a través de las adaptaciones curriculares y no una función paralela a la emprendida por el equipo en base a un tratamiento específico de vertiente puramente psicopedagógica.
 - Y por tanto, un mayor acercamiento entre Educador y equipo y una mayor coherencia en el tratamiento educativo general, en el que quedaría implícito el proceso de integración.

B. Sensibilización e intencionalidad comunicativa

a) En cuanto a los servicios educativos

En el centro escolar, tanto en lo que se refiere al Director como al Profesorado con niño con n.e.e. en sus aulas, podemos hablar de unos niveles generales de sensibilización con la necesidad de mantener una relación con los CAT de la zona, en tanto que la mayor parte de ellos consideran importante para el desempeño de su actividad, en materia de tratamiento de las n.e.e., la información que estos centros pueden aportarle sobre estos niños escolarizados que reciben tratamiento. Esta sensibilización no es extensible a todos y cada uno de estos profesionales en la medida que algunos no la consideran importante, sobre todo entre los Educadoreses. También es importante resaltar que no todos contestan, principalmente Educadoreses; indicador quizás no tanto de carencia de sensibilización como de desconocimiento; sin olvidar que también el desconocimiento tiene una repercusión dentro de esta dimensión ya que quedan reducidos los niveles de implicación y, por tanto, de participación, aunque el motivo no sea el de la no sensibilización.

Entre los miembros del EAT, estos niveles se ven reducidos, sobre todo en la figura del Logopeda y el Profesor de Apoyo, al considerar ambos no demasiado relevante la repercusión que esta información puede tener sobre su actividad, concretamente en la del Profesor de Apoyo debido a la poca repercusión que ésta tiene en su valoración de las n.e.e. Principalmente, el Logopeda, no la considera muy relevante, en primer lugar, por los pocos niños que atiende y que a la vez reciben tratamiento en algún CAT y en segundo, porque considera que tiene pocas repercusiones en la labor que desempeña en el contexto escolar. Por el contrario, el Trabajador Social, de forma muy generalizada, considera esta información muy relevante, convirtiéndose en una de las figuras del equipo más sensibilizadas con la necesidad de mantener una relación con los CAT de su sector.

- *Zona Centro*: Es una de las zonas donde más profesionales del centro educativo no contestan.
- *Zona Sur*: También destaca por el número de Directores que no contestan. Los Profesores de Apoyo valoran algo mejor la importancia de la información que los CAT pueden aportar de cara a la valoración de las n.e.e. que llevan a cabo.
- *Zona Este*: Es donde tiene lugar la mayor incidencia de los Directores que no consideran importante lo acontecido en los CAT para el desempeño de su labor.
- *Zona Norte*: Es la zona donde menor nivel de sensibilización muestran los Profesores de Apoyo a partir de lo poco significativo que consideran la información de los CAT para la valoración de las n.e.e. y en la que destacan algunos educadores que no contestan a la pregunta referente a esta dimensión.
- *Zona Oeste*: Como la zona en la que mayor número de educadores manifiestan una sensibilización en la necesidad de mantener una relación con los CAT.

b) En cuanto a los servicios sociales, CAT

Podemos considerar la existencia de un alto nivel de sensibilización en lo que se refiere a la necesidad de mantener una relación con los servicios educativos en los que se encuentran escolarizados los niños tratados. Prueba de ello es que se valora la repercusión de la información de estos servicios en la labor emprendida en los CAT como "mucho", aunque no de forma unánime, ya que alguno la considera "importante, aunque no imprescindible", e incluso "poca o ninguna".

- *Zona Centro y Sur*: Son en las zonas donde mayor número de centros contemplan esta repercusión como importante, aunque no imprescindible, y en las que más diferencias aparecen respecto a los servicios sanitarios.

c) Conclusión

Aunque mayoritariamente, dentro del ámbito educativo, podemos hablar de unos niveles de sensibilización con la necesidad de mantener un contacto o relación con los CAT, no

podemos afirmar que esta sensibilización tenga una extensión a todos y cada uno de los servicios, siendo más importante los propiamente escolares y posteriormente los de apoyo, como son el EAT. Estos niveles de sensibilización, junto con la amplia abstención de contestar a las preguntas correspondientes a esta dimensión, indicador de baja intencionalidad y participación en un contacto o comunicación, concluyen con la aceptación de la hipótesis planteada al respecto

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los servicios de la Educación Infantil, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los centros de Atención Temprana, donde los niños atendidos en estas escuelas reciben tratamiento psicopedagógico específico"

De la misma forma, pese a mantener mejores niveles de sensibilización el ámbito social con respecto a los servicios educativos, tampoco podemos hablar de una generalización completa a todos y cada uno de los CAT, y de igual manera, concluimos con la aceptación de la hipótesis propuesta para este ámbito

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los centros de Atención Temprana, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños atendidos en el centro reciben tratamiento psicopedagógico en el contexto escolar ordinario"

C. Formalización de la comunicación

El Educador de la escuela, mayoritariamente, y el Director en menor medida, afirman la existencia de un compromiso formal entre el ámbito escolar y los CAT a través del papel

que desempeña el EAT como mediador o punto de conexión; algo que es avalado por el equipo, al manifestar el Psicopedagogo, aunque en una pequeña mayoría, esta relación formal entre equipo y CAT. Sin embargo existe una mayoría de Directores que, por el contrario, considera que esta relación no es fruto de un compromiso formal, sino de contactos esporádicos ante necesidades puntuales, postura avalada por un amplio grupo de Psicopedagogos y un grupo menor de Educadoreses; sólo algunos Directores y Educadoreses hablan de un relación formal entre escuela y CAT de forma directa; y sólo un pequeño grupo de Directores dicen que esta formalización no tiene lugar en la medida que la relación es nula.

De la misma manera, los CAT confirman, en mayoría, la existencia de una formalización de la relación con los servicios educativos; aunque también existe una amplia incidencia de aquellos centros que aseguran que su relación no es producto de un compromiso formal, sino de contactos esporádicos atendiendo a las necesidades del momento.

Pese a que una mayoría de servicios, entre los educativos y sociales, afirmen la existencia de una formalización de la relación, sólo una pequeña proporción dice mantener un compromiso formal a través de un convenio o programa específico, capaz de materializar dicha formalización.

- *Zona Centro y Sur*: Tiene lugar una mayor incidencia de aquellos CAT que mantienen una relación formal con los servicios educativos, surgiendo, en algunos de ellos, una materialización de dicha formalización a través del desarrollo de algunos convenio o programas específicos de colaboración.
- *Zona Este y Norte*: Es la zona en la que una mayor proporción de Directores aseguran que la relación existente entre los servicios educativos y los CAT de su zona es producto de la espontaneidad y no de una formalización.
- *Zona Oeste*: Es la zona en la que un grupo de Directores asegura no sólo la no formalización de la relación, sino, la inexistencia de la misma.

Conclusión

Teniendo en cuenta que sólo una parte de los servicios educativos y de los CAT, y no de forma unánime, cuenta con la formalización de la relación entre sí, siendo una parte importante de estas relaciones fruto de la espontaneidad en función de las necesidades que van surgiendo, no podemos más que aceptar la hipótesis planteada para esta dimensión:

"Se carece de una formalización de la comunicación entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento psicopedagógico. Se carece de un compromiso mediante un programa concreto de actuación en el terreno de la comunicación interinstitucional, el que, de alguna manera, exige la intervención en este terreno como cometido o función específica y propia de la labor profesional desempeñada"

D. Actividad comunicativa-sistematización

a) Elementos de la comunicación

Generalmente, ninguno de los profesionales parece establecer un contacto independiente y personal con los CAT, a excepción de algunos Logopedas, Trabajadores Sociales y Directores; la mayor parte establecen este contacto a través del EAT, en mayor medida apoyada por el Logopeda, Trabajador Social y Profesor de Apoyo, convirtiéndose el EAT en el principal elemento o punto de la comunicación; aunque la mayor parte de educadores y una pequeña proporción de Profesores de Apoyo dice establecerlo a través de la escuela. En definitiva, el Educador tiende a resaltar el papel de la escuela en esta relación, el Profesor de Apoyo, Logopeda y Trabajador Social a resaltar el del EAT, y el

Psicopedago propone indistintamente a la escuela y al equipo como elemento de la comunicación, y en caso de tener que decantarse por uno, lo hace por el equipo.

De la misma manera, en el ámbito social existe un claro reflejo del papel prioritario desempeñado por el EAT, aunque también una proporción de los CAT alude a la escuela como elemento de la comunicación con el ámbito escolar. Normalmente, este contacto con el equipo o la escuela como elemento educativo de la comunicación suele llevarse a cabo a través de la figura del Psicólogo o del Trabajador Social.

- *Zona Centro*: Es la zona donde mayor número de educadores afirman que el principal elemento de la comunicación por parte de sus servicios es la escuela.
- *Zona Sur*: Es la zona donde algunos Logopedas señalan a la escuela como principal elemento de la comunicación; de la misma manera que donde más Psicopedagogos señalan a la escuela como un elemento de la comunicación, junto al equipo, y donde mayor número de Trabajadores Sociales establecen su relación de forma independiente y directa cuando es necesario, convirtiéndose en el elemento de la comunicación.
- *Zona Este*: Surge el mayor número de Directores que establecen un contacto directo con los CAT, convirtiéndose así en el elemento de la comunicación.
- *Zona Norte*: Es la zona donde más se resalta el papel de la escuela como elemento de la comunicación.
- *Zona Oeste*: Por el contrario, es esta zona en la que más se acentúa el papel del EAT como principal elemento de la comunicación.

b) Canales de la comunicación

El contacto directo entre profesionales es el principal canal de acceso que el CAT tiene a la información educativa, aunque para una amplia población de centros lo constituye la familia a través de una transmisión verbal, raramente escrita. En mayores proporciones, el canal de transmisión de información a lo educativo más utilizado lo constituye el

contacto directo, y en un segundo plano, y al contrario de la recepción de la información, el medio escrito a través de la familia, utilizando mucho menos el canal verbal.

→ *Zona Centro y Sur*: Es en estas zonas donde se utiliza, aunque en no muy altas proporciones, el medio familiar con un escrito como transmisión de la información educativa y, el familiar de forma verbal como transmisión de la información del CAT.

c) Contenido de la comunicación

Lo más destacable es la baja incidencia de un contenido específico y determinado en la información que llega a los servicios educativos desde los CAT, donde sólo en una mitad de los casos es valorado este contenido en base a una finalidad y objetivo concreto, en el resto es algo indeterminado, sin quedar sujeto a un claro objetivo o intencionalidad. Independientemente del mayor o menor vacío de contenido específico en la información transmitida, existe cierta prioridad de unos sobre otros.

Según la mayor parte de los servicios educativos, la complementariedad de la acción constituye la base principal del contenido de la información transmitida en la comunicación con los CAT, seguido del seguimiento global de cada caso en común. Sólo algunos Psicopedagogos, Directores y, fundamentalmente, Trabajadores Sociales consideran una importante base de este contenido la derivación de casos. El Educador en su conjunto dice ser más importante las posibilidades de seguimiento y control del niño que ofrece este contenido, así como la mejor comprensión de las n.e.e., que la complementariedad de la intervención. Sin embargo, según el Profesores de Apoyo y el Trabajadores Sociales, el contenido en base a una mejor comprensión de las n.e.e. es mucho menos frecuente.

La mayoría de los CAT consideran que sólo a veces el contenido de la información transmitida por los servicios educativos se ajusta a sus necesidades, algunos centros creen que este ajuste tiene lugar siempre y, muy pocos consideran que el ajuste no tiene lugar

nunca o muy pocas veces. El contenido de la información transmitida por los servicios educativos sería:

- En un primer lugar: en base a la derivación, a la modalidad educativa del niño, a la valoración de las n.e.e. y a los acontecimientos más destacables transcurrido en el contexto escolar
- En un segundo lugar: en base a las características del proceso de intervención y a las decisiones sobre un cambio de modalidad educativa.

En cuanto a la base del contenido de la información transmitida por los CAT a los servicios educativos sería:

- En un primer lugar: en base a la modalidad de tratamiento recibido
 - En un segundo lugar: en base a las características de la intervención
 - En un tercer lugar: en base a la evolución funcional psicofísica
 - En ultimo lugar, con una baja incidencia: en base al diagnóstico psicopedagógico y a la derivación
- *Zona Centro*: Ea en la zona donde el mayor número de CAT afirman que el ajuste de la información educativa a sus necesidades no tiene lugar nunca o casi nunca, así como que la base del contenido de la información que transmiten los servicios educativos son los acontecimientos más importantes del contexto escolar
- *Zona Sur y Norte*: En estas zonas, según la población de Directores, existe una mayor delimitación y concreción del contenido de la información, constituyendo con mayor frecuencia la base de la relación establecida con los CAT. En la Sur, la mayor parte de los CAT consideran que el ajuste de la información educativa a sus necesidades tiene lugar sólo a veces.
- *Zona Este*: También en esta zona existe una mayor delimitación y concreción del contenido de la información, en esta ocasión según la población de Psicopedagogos y Profesores de Apoyo. Muchos de los CAT dicen que la base del contenido de la

información que aporta el ámbito educativo se encuentra en los aspectos de la derivación de casos.

d) Modalidad de la comunicación

En líneas generales, los miembros de los servicios educativos confirman la existencia de una relación directa, sistematizada y bajo criterios claramente establecidos entre EAT y CAT, donde el equipo hace de punto de conexión o mediador entre escuela y CAT. Pero en una amplia proporción, aunque no superior, esta relación, aunque directa entre EAT y CAT, no es fruto de una sistematización ni de unos claros criterios establecidos de común acuerdo, sino de un contacto esporádico en función de las necesidades del momento. Sólo algunos Logopedas y Profesores de Apoyo hablan de una relación formalizada y directa entre escuela y CAT. Los Psicopedagogos contemplan una mayor sistematización de la relación entre ellos y los CAT que la establecida por el equipo en su conjunto; alguno de ellos dicen no mantenerla personalmente, sino a través de otros miembros de su equipo.

Según los CAT, la información solicitada por los servicios educativos tiene lugar de forma habitual; pero en algunos centros tiene lugar sólo a veces, y en una proporción menor afirman que ésta no tiene lugar nunca o casi nunca. El contacto, normalmente, es indistintamente de forma personal o telefónica; rara vez a través de un escrito y nunca a través de un medio informático. En caso que esta relación esté formalizada, esta formalización se establece en base a un calendario y a unos espacios de contacto, raramente a la determinación de las situaciones susceptibles del mismo y nunca en base al formato escrito ni al programa informático a utilizar.

→ *Zona Centro:* Algunos de los Psicopedagogos dicen mantener una relación indirecta a través de otros miembros de su equipo, y algunos Profesores de Apoyo consideran la relación de su equipo esporádica y poco sistematizada; según diversos CAT, la

solicitud de información por parte de los servicios educativos tiene lugar de forma habitual.

- *Zona Sur*: Según varios Logopedas de esta zona, la relación con los CAT se establece principalmente a través de la escuela. Algunos de los CAT de esta zona aseguran que la solicitud de información por parte de los servicios educativos no tiene lugar nunca o casi nunca.
- *Zona Este*: Existe un mayor número de Psicopedagogos que afirman que la relación entre EAT y CAT es poco sistematizada, así como un mayor número de CAT que aseguran que la solicitud de información desde el ámbito educativo sólo tiene lugar algunas veces.
- *Zona Norte*: No todos los Psicopedagogos de la zona establecen una relación directa con los CAT, algunos la establecen a través de otros miembros de su equipo; también algunos Profesores de Apoyo hablan de una relación directa y sistematizada entre escuela y CAT, sin constituir el equipo el punto mediador.
- *Zona Oeste*: Es donde mayor número de profesionales afirman la existencia de una relación directa y sistematizada entre servicios educativos y CAT.

e) Conclusión

Podemos hablar de la existencia de unos *elementos o puntos* de la comunicación, tanto en el ámbito social como en el educativo, aunque sin olvidar que todavía no existe una clara generalización de todos y cada uno de los CAT y de los Servicios Educativos, en la medida que una pequeña proporción afirman la inexistencia de la relación, sobre todo desde el sector educativo. Pero lo más importante a valorar de cara a la contrastación de la hipótesis correspondiente a esta dimensión, no es sólo la existencia de un punto o elemento de comunicación, sino la adecuación y pertinencia del mismo ya que se convierte en un argumento básico dentro del mayor o menor grado de sistematización de la actividad comunicativa. Debido a la diversidad y complejidad de la actividad educativa en el momento que el proceso de integración queda ubicado en un proceso educativo mucho más general y amplio y donde el servicio se diversifica en escuela y equipo, así

como en profesionales, es imprescindible detenernos en la pertinencia del elemento educativo en la medida que se acerca a mayores o menor niveles de pertinencia en el marco de la sistematización de la actividad comunicativa.

El elemento educativo de la comunicación parece concretarse y delimitarse en la figura del EAT, aunque no de forma unánime ya que en muchas ocasiones se habla de la escuela como principal elemento o punto de la conexión, y otras, de ambos de forma indiferenciada. En ocasiones, incluso, existe una comunicación personalizada de algún profesional ante necesidades puntuales, diversificándose todavía más los puntos de la comunicación. No podemos, por tanto, hablar de un claro elemento de la comunicación, que suponga la centralización de la información transmitida a los CAT y desde los CAT, asegurando el primer paso de la sistematización de una actividad comunicativa, en la medida que asegura un punto fijo y estable con los que los puntos o elementos sociales puede contactar, la agrupación de la información más importante, tanto de entrada como de salida, y a la vez, la distribución y expansión de la misma en los términos más pertinentes y adecuados a las necesidades. La actual situación del papel desempeñado por los distintos servicios educativos en materia de integración educativa, todavía con cierta incertidumbre, división de funciones y cierto alejamiento entre los servicios propiamente educativos, como es la escuela, y los de apoyo, como es el EAT, tiene mucho que decir sobre la pobre limitación o concreción del elemento o punto educativo de la comunicación. En la medida que las nuevas tendencias en el terreno de la integración tengan lugar, tal y como exponíamos al final del apartado dedicado al papel desempeñado por los distintos servicios educativos en el proceso de integración, se irá limitando, cada vez con mayor precisión, un elemento o punto de conexión, capaz de aportar la eficacia suficiente a un sistema de comunicación, en la medida que supone el primer paso en la sistematización de la actividad comunicativa.

En cuanto al *contenido* de la comunicación, la mayor parte de los CAT aseguran que sólo en ocasiones, el contenido de la información transmitida por los servicios educativos

se ajusta a las verdaderas necesidades que tienen en sus centros respecto a la información que podría aportar el ámbito escolar; lo que implica que no siempre se ha delimitado, bajo un contrato o puesta en común, cuál podría o debería ser el contenido de dicha información. Sólo algunos centros dicen que este ajuste tiene lugar siempre, y otros que nunca o muy pocas veces, donde se agudiza la falta de sistematización de la relación. Al mismo tiempo, es importante destacar que no siempre la información que llega a los servicios educativos desde los CAT tiene un contenido específico y determinado, lo que también supondría la carencia de ciertos niveles de sistematización.

En cuanto al objetivo o finalidad de aquella información en la que existe un contenido específico, tampoco existe una clara unanimidad en el reconocimiento de éste. Por un lado, existe cierta variabilidad en la consideración del mismo y, por otro, no siempre responde a la diversificación y ampliación necesaria para su ajuste al objetivo o finalidad de la relación establecida. Por tanto, también podemos decir que esta falta de delimitación del contenido, de alguna manera, es producto de una falta de sistematización.

En cuanto al *canal* de la comunicación, tenemos principalmente un canal basado en un contacto directo, uno de los canales más fiables en cuanto a la poca pérdida de la información, así como a las pocas interferencias posibles, favoreciendo una transmisión de información sin contaminación; pero también en un amplio grupo de servicios se utiliza el familiar, bien a través de un escrito, bien a través de un mecanismo verbal. Ambos no son los canales más idóneos por lo que suponen en pérdida y contaminación de la información, sobre todo el que utiliza el mecanismo verbal. El hecho de utilizar canales tan básicos y no siempre fiables para la transmisión de la información, repercute notablemente en la calidad de la comunicación. Una actividad comunicativa sistematizada supone la concreción, delimitación y uso de unos canales lo más válidos posibles, algo que no ocurre en gran parte de servicios educativos y sociales.

En lo que se refiere a la *modalidad* de la comunicación, nos encontramos que entre la mayor parte de servicios parece existir una relación sistematizada y bajo unos criterios establecidos de mutuo acuerdo, percibiendo cierto paralelismo con la asiduidad generalizada de solicitud de información por parte de los servicios educativos a los CAT. Pero no es algo que trascienda a todos y cada uno de los servicios; en una amplia proporción la relación no se encuentra en base a esta sistematización, sino a unos contactos esporádicos en función de las necesidades que van sucediéndose sobre la marcha, de alguna manera coincidiendo con el alto porcentaje de servicios educativos que sólo alguna vez solicitan algún tipo de información a los CAT, incluso con algunos que afirman que ésta no tiene lugar nunca o casi nunca.

Atendiendo a aquellos servicios que mantienen cierta sistematización en su relación a partir del establecimiento de unos criterios de actuación, nos encontramos con la determinación y concreción de unos contactos personales o telefónicos en base al establecimiento de un calendario y unos espacios de contacto, raramente en base a la determinación de unas situaciones susceptibles de contacto. Lo más significativo es que el medio escrito, aún utilizado en menor medida, carece de la delimitación de un formato concreto. En ningún momento se utiliza una modalidad algo más perfeccionada o eficaz como mecanismo de comunicación, como es el caso de un medio informático.

Por último antes de pasar a la contrastación de la hipótesis, es importante señalar el bajo número de población que ha contestado a las cuestiones correspondientes a esta dimensión. Conforme se iban realizando preguntas más concretas y específicas sobre la sistematización de la actividad comunicativa, el nivel de participación se ha reducido notablemente, sobre todo en el ámbito educativo.

Atendiendo a todos y cada uno de los aspectos que conforman una actividad comunicativa de naturaleza sistemática y viendo su baja incidencia, en la relación establecida entre los servicios educativos y sociales, no sólo en términos de

generalización y extensión, sino también en términos de calidad una vez que esta tiene lugar, podemos, por tanto, concluir con la aceptación de la hipótesis planteada dentro de esta dimensión.

"Se carece de una sistematización de la actividad comunicativa entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios educativos propios de la Educación Infantil comunitaria y municipal, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento psicopedagógico. No existe una sistematización capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana, concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de los puntos de conexión, los canales o vías de comunicación, el contenido de la información y la modalidad comunicativa"

E. Valoración de la actividad comunicativa

La mayor parte de los CAT consideran como algo difícil el acceso a la información que pueden aportar los servicios educativos, incluso, algunos, como algo muy difícil o imposible. También una mayoría, cree que la solicitud de información por parte de estos servicios es mayor de la que estos servicios ofrecen. En cuanto a los niveles de coordinación que mantienen se consideran adecuados, aunque según ellos, podría mejorarse.

Como elementos que, según la mayor parte de los CAT, mayor éxito aportan a la coordinación mantenida con los servicios educativos se encontrarían:

- 1º La disponibilidad de los profesionales de su centro
- 2º La disponibilidad de los profesionales de los servicios educativos
- 3º La formalización de la relación, pese a la inexistencia de un programa o convenio específico de colaboración

Por el contrario, como elementos que, según la mayor parte de los CAT, mayores limitaciones aportan a la coordinación mantenida con los servicios educativos se encontrarían:

- 1º El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales del centro
- 2º La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional
- 3º La inexistencia de un programa o convenio específico entre el CAT y los servicios educativos.

Conclusión

La conclusión más importante de esta valoración es que son los propios profesionales de estos servicios los que ponen de manifiesto las limitaciones existentes en la coordinación interinstitucional.

F. CONCLUSIÓN: Subhipótesis 1

Atendiendo a los actuales niveles de sensibilización ante la necesidad de mantener una relación entre los servicios educativos y sociales, que aunque no bajos, carecen de la generalización suficiente, atendiendo a los niveles de formalización y sistematización de la actividad comunicativa entre ellos, sobre la que repercute la situación actual de los servicios educativos en el proceso de integración escolar, y atendiendo a la valoración realizada en base a la opinión de estos servicios sobre los niveles actuales de coordinación, podemos concluir con la aceptación de la hipótesis planteada en este primer apartado como subhipótesis de la hipótesis general:

"1. Se carece de una actividad comunicativa de carácter intencional, formal, sistemático y general entre la institución social y la educativa"

2.2 LOS NIVELES DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES, CENTROS DE A.T. Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

A. Sensibilización e intencionalidad comunicativa

a) Servicios sociales, CAT

La mayor parte de los CAT consideran que la repercusión de la información que aportan los servicios sanitarios es mucha, incluso en mayor proporción que la educativa; nadie dice que importante, aunque no imprescindible; una mínima proporción de centros aseguran que es poco o nada importante.

b) Servicios sanitarios

También una amplia proporción de servicios hospitalarios considera la información que le pueden aportar los CAT como importante; algunos como importante, aunque no imprescindible y nadie la considera poco o nada importante.

→ *Neonatología*: Existe una mayor incidencia de los servicios en los que se valora como muy importante la repercusión de la información que pueden aportar los CAT.

→ *Neuropediatría*: Se encuentran aquellos servicios en los que se considera esta información como importante, aunque no imprescindible.

c) Conclusión

Los niveles de sensibilización de los CAT, en cuanto a la necesidad de mantener una relación con los servicios sanitarios por la importancia de la información que pueden aportar, son los más alto alcanzados; aunque todavía existe, en una mínima proporción, algunos que la consideran poco o nada importante. Por tanto, ajustándonos a las exigencias del criterio de generalización, debemos aceptar la hipótesis planteada:

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los centros de Atención Temprana, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños atendidos en el centro reciben atención médica"

De la misma manera, y con más motivo que en planteamiento anterior, debemos aceptar la hipótesis, teniendo en cuenta que los servicios sanitarios aceptan en menor grado la importancia de la aportación de los CAT, más de un servicio la considera importante, aunque no imprescindible.

"Se carece de una sensibilización, en términos de intencionalidad comunicativa en todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, ante la necesidad de mantener un mecanismo de derivación y de intercambio de información con los centros de Atención Temprana, donde los niños atendidos en estos servicios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, reciben tratamiento psicopedagógico"

B. Formalización de la comunicación

La mayor parte de los servicios sanitarios y los sociales aseguran que la relación que mantienen entre ellos no tiene un carácter formal, sino esporádico y en función de las necesidades que surgen en el momento. Pese a ello, una pequeña parte asegura mantener una relación formal, unos a partir del establecimiento de unos criterios mínimos de actuación, otros a partir de un programa o convenio de colaboración.

→ *Sur*: Existe una mayor incidencia de los CAT que aseguran la formalización de la relación con los servicios sanitarios.

→ *Neonatología*: Son los únicos capaces de concretar el tipo de compromiso formal en los casos que se asegura la existencia de una formalización en la relación mantenida con los CAT.

Conclusión

Atendiendo a la poca incidencia que en la relación de estos servicios tiene la formalización de la misma, concluimos aceptando la hipótesis planteada en este apartado:

"Se carece de una formalización de la comunicación entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento médico y psicopedagógico. Se carece de un compromiso mediante un programa concreto de actuación en el terreno de la comunicación interinstitucional, el que, de alguna manera, exige la intervención en este terreno como cometido o función específica y propia de la labor profesional desempeñada"

C. Actividad comunicativa-sistematización

a) Elementos de la comunicación

Gran parte de los servicios sanitarios con los que los CAT mantienen una relación son hospitalarios, aunque en ocasiones son del ámbito de la Atención Primaria. Esta relación no es siempre directa con los médicos de las distintas especialidades, sino que a veces es una relación indirecta a través del Trabajador Social del ámbito sanitario. Una buena parte de los servicios hospitalarios no siempre mantienen una relación directa con los servicios sociales, en la medida que no concretan o especifican el tipo de servicio social con el que se mantiene el contacto en el caso de existir una relación. Aquellos que concretan el tipo de servicio social con el que establecen la relación, señalan a los CAT pertenecientes al INSERSO y los pertenecientes a algún tipo de asociación si ánimo de

lucro. Manifiesta que este contacto tiene lugar principalmente con la figura del Psicólogo y la del Fisioterapeuta del centro; en menor medida con el Logopeda, Trabajador Social y Estimulador.

- *Neuropediatría*: Los servicios de este ámbito son los que, en mayor medida, carecen de una relación concreta con los servicios sociales al ser incapaces de concretar el tipo de centro, servicio o profesionales con los que suelen mantener una relación.

b) Canales de la comunicación

Existe un claro predominio en utilizar el canal de transmisión familiar a través de un escrito; en un segundo plano se utiliza, de forma indistinta, bien el canal familiar pero a través de una transmisión verbal, bien el contacto directo. Los servicios sanitarios, en contradicción con los sociales, destacan el papel del canal de la familia de forma verbal como la base del acceso a la información que le aportan los CAT, y en la transmisión de su información destacan algo más el papel del contacto directo, algo que no avalan en su totalidad los CAT.

- *Zona Centro*: Algunos CAT señalan que en ocasiones el acceso a la información clínica es únicamente a través de los informes clínicos que estos emiten, pero no porque les manden un escrito específico al CAT.
- *Zona Sur*: Existe una mayor incidencia de aquellos CAT que utilizan, en la transmisión de su información a los servicios sanitarios, el canal familiar a través de un escrito.
- *Neonatología*: Utilizan en mayor medida el medio familiar, bien a través de un escrito o verbalmente, como canal de transmisión de la información.
- *Neuropediatría*: En ocasiones señalan que la forma de acceso a la información de los CAT no siempre es mediante un contacto personal directo, sino que, a veces, es

telefónico. De la misma manera, a veces, no se utiliza la familia para la transmisión de un escrito, sino que se utiliza el correo.

c) Contenido de la comunicación

Ambos servicios, sociales y sanitarios, aseguran que sólo a veces tiene lugar un ajuste de la información recibida a sus necesidades; en un segundo lugar que nunca o casi nunca. Sólo una mínima proporción de los servicios sanitarios aseguran que este ajuste tiene lugar siempre.

En cuanto al contenido que reciben los CAT y aportan los servicios sanitarios, predomina en primer lugar el diagnóstico clínico, seguido de los acontecimientos clínicos más destacados después de una estancia hospitalaria. En un segundo plan, los CAT destacan, los aspectos de una derivación, las fechas de las siguientes revisiones y la valoración de las repercusiones funcionales, quedando en último lugar los cambios más destacables después de una revisión y los acontecimientos socioambientales más destacados después de una revisión. Por el contrario, dentro de este segundo plano, los servicios sanitarios destacan en primer lugar, los cambios más destacables de una revisión, seguido de las repercusiones funcionales y los aspectos de una derivación; quedando en último lugar las fechas de las siguientes revisiones, e igual que proponen los CAT, los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria.

En cuanto al contenido de la información que los CAT aportan a los servicios sanitarios, existe una coincidencia entre ellos al afirmar que uno de los contenidos más propios es la evolución funcional del niño y uno de los menos frecuentes, el que hace referencia a una derivación; aunque existen discrepancias respecto a otros contenidos. Por ejemplo, los servicios sanitarios consideran que otro de los contenidos más frecuentes hace referencia al diagnóstico psicofísico del niño, algo a lo que los CAT no estarían de acuerdo. De la misma manera, los servicios sanitarios, al contrario de los CAT, no consideran que la

modalidad de tratamiento y las características de la intervención sean uno de los contenidos más destacados.

- *Zona Centro*: Tiene una mayor incidencia los CAT que afirman que sólo algunas veces, la información que transmiten los servicios sanitarios, se ajusta a sus necesidades.
- *Zona Este*: Destacan aquellos CAT donde se destaca el diagnóstico clínico como el principal contenido de la información que aportan los servicios sanitarios.
- *Zona Noroeste*: Existe una mayor incidencia de aquellos CAT que aseguran que el contenido de la información que aportan los servicios sanitarios nunca o muy pocas veces se ajusta a sus necesidades. Muchos de ellos reflejan la poca relación que establecen con los servicios sanitario en la medida que no contestan al tipo de contenido que les suelen transmitir como centro de Atención Temprana.
- *Neonatología*: Hay una mayor incidencia de los servicios que aseguran que, la información que les transmiten los CAT, a veces se ajusta a sus necesidades. También existe una mayor incidencia dentro de estos servicios en transmitir una información a los CAT en base a un contenido sobre los acontecimientos clínicos y socioambientales más destacables después de una estancia hospitalaria.
- *Neuropediatría*: Por el contrario, dentro de estos servicios tiene lugar una mayor frecuencia de aquellos que aseguran que el ajuste de la información recibida de los CAT, nunca o muy pocas veces se ajusta a sus necesidades. Destacan en mayor proporción el diagnóstico psicopedagógico como contenido de la información que le transmite el CAT, y los cambios más destacables tras una revisión y la concreción de las fechas de las próximas revisiones, como el contenido más común en la información transmitida a los CAT.

d) Modalidad de la comunicación

Según la mayor parte de ambos servicios, la base del contacto entre ellos es principalmente telefónico y en segundo lugar escrito, dejando en un tercer lugar el personal, principalmente por parte de los CAT. Ninguno habla de un contacto en base a una modalidad informática.

Existe una mayor proporción de CAT que solicitan información a los servicios sanitarios que a la inversa. Según la mayor parte de los CAT, la información que solicitan los servicios sanitarios no suele tener lugar nunca o casi nunca; unos pocos consideran que ésta tiene lugar algunas veces y una mínima parte, que de forma habitual. Sin embargo, los CAT solicitan, mayoritariamente, información de los servicios sanitarios de forma habitual, y unos cuantos sólo algunas veces o nunca.

Ante aquellos servicios entre los que existe una relación formalizada, una amplia proporción no contesta, principalmente del ámbito social, no existe una clara unanimidad en señalar la base de su formalización atendiendo a la modalidad de la relación. La mayor parte de los CAT hablan de una concreción de calendario y espacios de contacto y, en segundo lugar, de la determinación de un formato escrito a utilizar. Nadie señala la determinación de las situaciones susceptibles de relación ni la modalidad informática. Sin embargo, los servicios sanitarios, apuntan en primer lugar la situación susceptible de contacto, en segundo en el establecimiento de un calendario y espacios de contacto, y ninguno habla de la determinación de un formato escrito o de un medio informático.

→ *Zona Este*: Es la zona donde de forma unánime se afirma que la solicitud a los CAT de información por parte de los servicios sanitarios no tiene lugar nunca o casi nunca.

→ *Neonatología*: Es en el ámbito donde más servicios aseguran que la principal modalidad utilizada en la comunicación con los CAT es a partir de la vía telefónica en base a la determinación de aquellas situaciones susceptibles de contacto.

→ *Neuropediatría*: Es en el ámbito donde más servicios aseguran que la principal modalidad utilizada en la comunicación con los CAT es a partir del contacto personal y el escrito en base a la determinación de un calendario y espacios de contacto.

e) Conclusión

En cuanto a los *elementos o puntos* de la comunicación, podemos asegurar la presencia y concreción de los CAT como el elemento propio del ámbito social en la medida que todos señalan alguna entidad sanitaria con la que suelen establecer una relación, aunque no siempre la presencia de los servicios hospitalarios. No siempre es el ámbito hospitalario con el que, como elemento sanitario, se establece un contacto, sino que a veces es con el ámbito de la Atención Primaria; además, tampoco siempre es a través de los médicos de las distintas especialidades, sino a través del Trabajador Social. Los servicios hospitalarios, por tanto, quedan muy poco definidos como elementos o puntos de contacto capaces de asentar las bases de una relación y aportar un mínimo de sistematización a la actividad comunicativa entre CAT y servicios sanitarios.

En cuanto a los *canales* de la comunicación, existe un predominio a utilizar el canal menos idóneo para la transmisión de la información, como es el familiar, por lo que supone en pérdida y contaminación de la información, sobre todo en lo que se refiere a una transmisión verbal y no escrita. El predominio de este canal es un importante indicador de la baja calidad comunicativa; por un lado, intensifica las posibilidades de contaminación de la información, por otro, limita las posibilidades de una contrastación de la información transmitida y, por último es reflejo del bajo compromiso existente entre ambas partes, repercutiendo notablemente en los niveles de sistematización de la actividad comunicativa.

En cuanto al *contenido* de la comunicación, ninguno de los servicios se encuentra satisfecho con el contenido de la información que reciben. La información de los servicios sanitarios se basa en el diagnóstico clínico y los acontecimientos clínicos más

relevantes después de una estancia hospitalaria, es decir lo que conlleva un informe clínico estandar, pero no una información adaptada y personalizada a los CAT. Los CAT, tratan de aportar un contenido más adaptado a lo que puede ser significativo a los servicios sanitarios, como es la evolución funcional del niño; pero los servicios sanitarios aluden a que la información de los CAT se basa más en un diagnóstico psicopedagógico que en la modalidad o las características de la intervención, algo en lo que no están de acuerdo los CAT.

Estas discrepancias son signos de la falta de relación entre ellos, limitando considerablemente las posibilidades que ésta podría ofrecer de cara a sistematizar el intercambio de información en función de aquellos contenidos más significativos para cada uno de estos servicios.

En lo que se refiere a la *modalidad* comunicativa, producto de la poca formalización de la relación y de los contactos esporádicos en función de las necesidades del momento, existe una clara predominancia de la modalidad telefónica, seguida de la escrita, como la base de la comunicación, raramente a través de un contacto personal. Es importante destacar la poca asiduidad de la solicitud de información por parte de los servicios sanitarios a los CAT ya que es un paso esencial para poder hablar de una determinada modalidad comunicativa, a su vez elemento imprescindible en la sistematización de la actividad comunicativa.

Atendiendo a la baja incidencia de unos elementos o puntos de la comunicación, a los básicos canales de comunicación utilizados, a la poca delimitación y concreción del contenido más adecuado a la finalidad de la actividad comunicativa y a la pobre modalidad de la comunicación, podemos asegurar un pobre proceso de sistematización si es que podemos considerar que existe algún tipo de sistematización, aunque sea en los niveles más bajos. Por tanto, aceptamos la hipótesis planteada:

"Se carece de una sistematización de la actividad comunicativa entre todos y cada uno de los centros de Atención Temprana y todos y cada uno de los servicios sanitarios hospitalarios, Neonatología, Neuropediatría y Rehabilitación Infantil, donde los niños reciben paralelamente un tratamiento médico y psicopedagógico. No existe una sistematización capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos sustanciales de un sistema de comunicación en el campo de la Atención Temprana, concretamente en lo referente a la delimitación y concreción de los puntos de conexión, los canales o vías de comunicación, el contenido de la información y la modalidad comunicativa"

D. Valoración de la actividad comunicativa

La mayor parte de servicios coinciden en considerar que el acceso a la información que aporta uno y otro servicio se convierte en algo dificultoso, algunos lo consideran muy difícil o imposible, y mientras algunos servicios sanitarios lo consideran fácil, ninguno de los CAT lo contempla como fácil.

Para la mayor parte de los CAT, la información que aportan a los servicios sanitarios es mayor a la que ellos ofrecen, en menor proporción la consideran proporcional a la que ofrecen y, en una mínima parte, se considera menor a la que ofrecen los servicios sanitarios.

La mayor parte de los servicios sanitarios consideran que la información solicitada por los CAT, es adecuada a las necesidades de la intervención que tiene lugar en estos centros; un grupo de estos servicios consideran que es menor a la que estos centros pueden necesitar y, sólo una mínima parte considera que es mayor de la que necesitarían.

Ambos servicios consideran que la coordinación mantenida entre ellos es mínima y que debería mejorar. Una mayor proporción de los servicios sanitarios frente a los sociales

considera que es adecuada, aunque podría mejorar. Mientras que no existe ningún CAT que la considere adecuada y suficiente, una mínima parte de los servicios sanitarios así la considera.

En cuanto a los elementos que mayor éxito aportan a la relación mantenida entre ambos servicios, se valora la formalización de la relación, pese a la existencia de un convenio o programa de colaboración específico, así como la disponibilidad y accesibilidad de los distintos profesionales; aunque hay que señalar que, igual que cada servicio valora la aportación de sus propios profesionales, los servicios sanitarios aluden además a la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de los CAT, algo que no ocurre por parte de los CAT, donde raramente se hace una alusión a la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de los servicios sanitarios.

Entre los elementos que se consideran que mayores limitaciones aportan a esta relación, se encuentran, en primer lugar, el tiempo y recursos de los profesionales, en segundo lugar, la inexistencia de un programa o convenio específico entre CAT y servicio sanitario o a nivel interinstitucional. Un grupo de servicios, argumenta que otra de las limitaciones importantes es la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de los otros servicios, postura con mayor presencia en el ámbito social que en los sanitarios.

- *Zona Centro*: Muchos de los CAT afirman que la información que aportan a los servicios sanitarios es mucho mayor de la que ellos ofrecen. Algunos de los CAT de esta zona dice que la coordinación con los servicios sanitarios es mínima aunque suficiente.
- *Zona Sur*: Muchos de los CAT aseguran que el acceso a la información sanitaria es muy difícil o imposible. Algunos consideran que parte del éxito en la coordinación con los servicios sanitarios es debido a la existencia de un convenio específico con estos servicios. Pero muchos de los CAT de la zona aseguran que parte de las limitaciones en la coordinación es producto de la poca voluntad del personal

sanitario, el poco acercamiento de los Pediatras a la detección precoz de las deficiencias y la imposibilidad de formalizar la relación pese a no existir un programa o convenio de colaboración.

- *Neonatología*: Algunos servicios aseguran que los CAT solicitan menos información de la que pueden necesitar. Algunos de estos servicios aluden a la poca disponibilidad y accesibilidad de algunos de los profesionales de los CAT, así como a la imposibilidad de formalizar la relación pese a la inexistencia de un convenio o programa específico de colaboración.
- *Neuropediatría*: Desde este ámbito, algunos servicios dicen que la información de los CAT les es de fácil acceso, algunos otros, que la información solicitada por los CAT suele ser mayor de la que realmente pueden necesitar y unos pocos que la coordinación establecida con los CAT les parece adecuada y suficiente.

Conclusión

Como conclusión, una vez más, esta valoración es un reflejo de los bajos niveles de la relación o actividad comunicativa existente entre ambos ámbitos institucionales, sanitario y social, tanto en términos de formalización como de sistematización.

E. CONCLUSIÓN: Subhipótesis 2

Atendiendo a la poca generalización de la sensibilización con la necesidad de mantener una relación entre ambos servicios, principalmente en el ámbito sanitario; atendiendo a la mínima formalización de la actividad comunicativa; atendiendo a la baja sistematización de la actividad comunicativa, la que podemos considerar fruto o producto de esta falta de formalización; y, por último, la propia opinión de los profesionales respecto a los niveles de coordinación existente entre ellos, podemos concluir con la aceptación de la hipótesis o subhipótesis planteada en este segundo apartado:

"2. Se carece de una actividad comunicativa de carácter intencional, formal, sistemático y general entre la institución sanitaria y la social"

2.3 CONCLUSIÓN: HIPÓTESIS GENERAL

Llegamos a la conclusión de la inexistencia, entre todos los servicios institucionales, de:

- Una generalización de la sensibilización ante la necesidad de mantener una relación, contacto o comunicación entre sí; de la misma manera que los niveles de sensibilización no son los mismos en cada uno de estos servicios. Existe una sensibilización proporcional entre los servicios sociales y los educativos respecto a la necesidad de mantener una relación entre sí. Existe una mayor sensibilización de los servicios sociales respecto a la información que pueden aportarles los servicios sanitarios que los educativos. En el ámbito sanitario se dan los más bajos niveles de sensibilización respecto a lo que les pueden aportar los servicios sociales.
- Una generalización de la formalización de la relación entre sí; la que tampoco tiene lugar de forma proporcional entre todos ellos. Existen mayores niveles de formalización entre la relación existente entre los servicios sociales y educativos, que en la relación entre los servicios sociales y sanitarios.
- Una generalización de la sistematización de la actividad comunicativa mantenida entre sí; aunque tampoco ésta tiene lugar equitativamente entre los distintos servicios. Existe mayores iniciativas de naturaleza sistemática entre los servicios sociales y educativos que entre los servicios sociales y sanitarios, no tanto por una falta de predisposición de los servicios sociales como de los sanitarios; prueba de ello es la menor incidencia de los servicios sanitarios como elementos o puntos de la comunicación.

- Existe una mayor incidencia de los servicios sociales y educativos como elemento o punto de comunicación que de los sanitarios.
- Existe un canal más sólido de comunicación entre los servicios sociales y educativos, basado en el contacto personal, que entre los sociales y sanitarios, basado en la familia como mecanismo de transmisión.
- Existe un mayor ajuste de la información a las necesidades de cada servicio, entre el servicios social y educativo, que entre el social y sanitario. Así como una mayor amplitud, diversidad y objetivo específico en el contenido transmitido entre el servicio social y educativo, que entre el social y sanitario.
- Existe una mayor solicitud de información por parte de los servicios educativos a los sociales y de los sociales a los sanitarios que la existente por parte de los servicios sanitarios a los sociales.

Atendiendo a la valoración de los distintos servicios institucionales con respecto a los mecanismos de comunicación o coordinación mantenidos entre sí, obtenemos:

- Lo difícil que le supone a los servicios sociales acceder a la información de los servicios sanitarios, le supone mayor dificultad que el acceso a los educativos.
- La información que se le suele solicitar a los servicios sociales por parte de los servicios educativos y sanitarios, suele ser mayor a la que ellos le ofrecen.
- Para los servicios sociales, tanto la relación mantenida con los servicios educativos como con los servicios sanitarios es mínima, debiendo mejorar; postura más acusada frente a los sanitarios; porque algunos, respecto a la educativa, la consideran adecuada, pero nadie considera adecuada la mantenida con los sanitarios. También los servicios sanitarios tienden a considerar su relación con los sociales como mínima, debiendo mejorar; pero muchos de ellos también la consideran adecuada, aunque pudiendo mejorar.

- Los servicios sociales señalan la importancia del éxito de la relación con los servicios educativos al papel de los profesionales de estos servicios, pero no señala lo mismo al referirse a los sanitarios. Al contrario, los servicios sanitarios sí señalan la disponibilidad y acceso de los profesionales del ámbito social como un punto importante en el éxito de la relación entre ellos.
- Todos los servicios tienden a reclamar unánimemente la necesidad de tiempo y recursos para mantener estas relaciones interinstitucionales, así como la puesta en marcha de un programa o convenio específico de colaboración entre sí, incluso a nivel interinstitucional. De forma específica, los servicios sociales reclaman una mayor disponibilidad y accesibilidad de los servicios sanitarios.
- Entre la relación de los servicios sociales y servicios educativos se señala menos como una limitación la imposibilidad de formalizar la relación pese a no existir un convenio o programa específico que en la relación entre servicios sociales y sanitarios.

Por tanto, atendiendo a los resultados que se han desprendido de la contrastación de todas y cada una de las hipótesis y subhipótesis, a partir de los datos obtenidos en el estudio de campo, podemos concluir esta parte de contrastación empírica con la aceptación de la **hipótesis general**, producto del proceso de operativización que sufrió la hipótesis sustantiva de la presente investigación.

"La Comunidad Autónoma de Madrid, en el ámbito de la Atención Temprana, carece de una actividad de comunicación entre las distintas instituciones implicadas, lo suficientemente intencional, formalizada, sistematizada y generalizada para poder constituir un sistema de comunicación interinstitucional"

ANEXO 1

Instrumentos de Medida

ÁMBITO EDUCATIVO: HOJA DE REGISTRO DEL CENTRO EDUCATIVO**Centro:****Titularidad:****Equipo Psicopedagógico de AT al que pertenece :****1. N° de niños escolarizados:** _____**2. N° de niños escolarizados en el 1° Ciclo:** _____**3. N° de niños escolarizados que ocupan plaza de integración:** _____**4. N° de niños escolarizados en el 1° Ciclo que ocupan plaza de integración:** _____

a) N° con retraso en el desarrollo de etiología desconocida: _____

b) N° con otro tipo de alteración de etiología conocida: _____

c) N° con alteraciones del lenguaje: _____

d) N° con alteraciones motóricas: _____

e) N° con Síndrome de Down: _____

f) N° con deficiencia auditiva: _____

g) N° con deficiencia visual: _____

h) N° con otros Síndromes: _____

5. N° de niños del 1° Ciclo con plaza de integración que reciben tratamiento de AT: _____**6. N° de niños del 1° Ciclo que reciben tratamiento de AT y que no ocupan plaza de integración:** _____

ÁMBITO EDUCATIVO: DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO

FECHA

ESCUELA INFANTIL

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Director/a

A. ASPECTOS REFERENTES A SU PAPEL COMO DIRECTOR EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA Y SU RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) El tipo de tarea que desempeña en el ámbito de la integración educativa es:

- a. Sólo de revisión y control, es una tarea específica del profesor de aula y del E.Ps.A.T. ☐
- b. De organización y gestión de los recursos necesarios para que pueda llevarse a cabo ☐
- c. Además de organización y gestión de estos recursos, mantener un seguimiento de la misma a través del contacto con el profesor de aula y el E.Ps.A.T. ☐

2) El contacto con los C.A.T de su sector lo definiría como:

- a. Mínimo, no lo considera imprescindible para la labor específica que usted, como director, desempeña ☐
- b. Un contacto directo a través de la conexión con determinados miembros de los C.A.T. de su sector ☐
- c. Un contacto indirecto a través del E.Ps.A.T. o los profesores de su centro ☐

A. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU ESCUELA INFANTIL EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

3) Las decisiones más importantes tomadas en lo concerniente al tratamiento educativo de los niños integrados, recae sobre:

- a. Todos los profesionales del centro, a través de la participación y colaboración con el profesor tutor del niño integrado ☐
- b. El profesor tutor, el que recibe el apoyo y asesoramiento pertinente por parte del E.Ps.A.T. ☐
- c. Básicamente, sobre el E.Ps.A.T., el que marca el camino del profesor tutor ☐

4) La función que actualmente tiene el E.Ps.A.T. en la escuela es la de:

- a. Asesorar y apoyar a la escuela en su globalidad, de cuya actividad participa, y siempre ante cualquier problema educativo, sea éste de la naturaleza que sea ☐
- b. Asesorar y apoyar a la escuela en su globalidad, de cuya actividad participa, pero sólo ante problemas suscitados por las necesidades educativas especiales ☐
- c. Asesorar y apoyar, básicamente al profesor de aula, ante los problemas suscitados por los alumnos con necesidades educativas especiales ☐

5) El tipo de relación que actualmente su escuela mantiene con los C.A.T. de su sector es:

- a. Una relación informal; relación que se establece a través de un contacto esporádico entre algún miembro de su escuela y los profesionales de la intervención temprana, y siempre ante algún problema específico de un niño que forma parte de ambos centros ☐
- b. Una relación formalizada; relación que descansa sobre unos criterios previamente establecidos y de común acuerdo, generando un sistema de coordinación entre ambas instituciones ☐
- c. Una relación formalizada, pero basada y apoyada en la labor que el E.Ps.A.T. desarrolla como punto de contacto entre ambos, siendo un importante mecanismo de coordinación ☐
- d. Nula, no se mantiene prácticamente ningún tipo de contacto que merezca la pena señalar ☐

6) En el caso de existir esta relación valore de 1 a 5 (puede repetir puntuación) las siguientes propuestas en función de la similitud (valores próximos a 5) o distancia (valores próximos a 1) con el contenido de la relación con los C.A.T. de su sector

- a. Establecimiento de criterios que posibilitan el paso del niño de la escuela al C.A.T. ante una necesidad detectada, y el paso del C.A.T. a la escuela ante la necesidad de ocupar una plaza escolar 1☐2☐3☐4☐5☐
- b. Establecimiento de un canal de comunicación que permita la transmisión de información de una institución a otra, posibilitando así un seguimiento global del niño, tanto desde una institución como desde la otra 1☐2☐3☐4☐5☐
- c. Establecimiento de criterios de actuación, buscando la complementariedad de la intervención, desde una y otra institución, y la reducción de solapamientos o duplicidades en los tratamientos, evitando así actuaciones contraproducentes 1☐2☐3☐4☐5☐

ÁMBITO EDUCATIVO: EDUCADOR DEL CENTRO EDUCATIVO

FECHA

ESCUELA INFANTIL

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Educador/a

A. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU ESCUELA INFANTIL EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) Las relaciones que su escuela establece con los C.A.T de su sector está basada en:

- a. Una relación formal, en la que se ha establecido unos criterios de colaboración conjunta de forma directa ☐
- b. Una relación apoyada, fundamentalmente en la labor del equipo psicopedagógico como elemento de conexión entre ambas ☐
- c. Una relación informal, basada en contactos esporádicos entre algún miembro de la escuela y el C.A.T., y siempre ante un problema específico de un niño que forma parte de ambos centros ☐

B. ASPECTOS REFERENTES A SU PAPEL COMO EDUCADOR EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EN LA ESCUELA Y SU RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

2) Su labor desarrollada con los niños de integración es fruto de:

- a. Un programa o proyecto consensuado a nivel de centro, sobre el que apoya la programación de su actividad ☐
- b. Unas pautas o criterios de actuación que elabora el E.Ps.A.T., sobre las que apoya la programación de su actividad ☐
- c. Un estudio propio de las necesidades específicas de cada uno de estos niños, sobre el que apoya su programación ☐

3) La intervención del E.Ps.A.T. se caracteriza por ser una labor:

- a. De orientación y apoyo a su actividad general dentro del aula ☐
- b. De orientación y apoyo a su actividad desarrollada en el marco de las necesidades educativas especiales, de forma particular, en los casos de integración ☐
- c. De diagnóstico e intervención específica ante los casos de necesidad educativa especial ☐

4) El acceso a la información concerniente a los niños con necesidades educativas especiales de su clase, lo obtiene principalmente a través:

- a. De la propia escuela, a través del contacto que ésta establece con la familia y otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico ☐
- b. Del E.Ps.A.T., a través del contacto que éste establece con la familia y otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico ☐
- c. De su propia indagación, a través de la información que obtiene del E.Ps.A.T., de la familia y de otros servicios donde el niño recibe tratamiento específico ☐

5) La información sobre el tratamiento y seguimiento que se lleva a cabo en el C.A.T. con determinados niños de su aula, la califica de:

- a. Gran utilidad, lo transcurrido en los C.A.T. tienen importantes consecuencias para el tratamiento educativo desempeñado en la escuela ☐
 - a.1 Le sirve de guía y orientación en el diseño y planificación de su actividad con estos niños ☐
 - a.2 Pese a saber su relevancia, la mayoría de veces no sabe como utilizarla, le cuesta adaptarla al contexto educativo del aula ☐
 - a.3 Le es de muy difícil acceso ☐
- b. Poco relevante, ya que considera que su actividad es de naturaleza muy distinta a la que se lleva a cabo en estos C.A.T., por tanto, las implicaciones son mínimas ☐

6) En caso de existir una transmisión de información de estos centros, la principal fuente de información en lo concerniente a lo transcurrido en los C.A.T. la constituye:

- a. Los contactos que, de manera directa, establece con los distintos miembros del C.A.T. ☐
- b. El E.Ps.A.T. ☐
- c. La propia escuela, principalmente a través de la directora ☐

7) Atendiendo a la mayor o menor incidencia que esta información tiene sobre su actividad en el aula, valore las siguientes propuestas de 1(la que menos) a 5 (la que más)/ Puede repetir puntuación.

- a. Esta información me permite comprender mejor las necesidades educativas específicas del niño, me ayuda a realizar una programación mucho más ajustada a sus necesidades 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- b. Esta información me permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global del niño 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- c. Esta información me permite programar una intervención educativa complementaria a la mantenida en el C.A.T., consiguiendo así, reducir solapamientos, duplicidades o contradicciones 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ÁMBITO EDUCATIVO: HOJA DE REGISTRO DEL EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE A.T.

Equipo:

Zona:

Fecha :

1. N° de centros educativos atendidos: _____

2. N° de centros de Atención Temprana con los que mantiene contacto: _____

3. N° de niños sobre los que, de manera especial, se mantiene seguimiento y control: _____

- a) Con plaza de integración y que reciben tratamiento de AT: _____
- b) Con plaza de integración y que no reciben tratamiento de AT: _____
- c) Sin plaza de integración y que reciben tratamiento de AT: _____
- d) Sin plaza de integración y que no reciben tratamiento de AT: _____

4. Ordene del 1 al 10 los siguientes cuadros diagnósticos, en función de la mayor (10) o menor (1) frecuencia con la que se presentan en la tarea del equipo:

- a) Alteraciones Motóricas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b) Deficiencia visual: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- c) Deficiencia auditiva: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- d) Signos o cuadro de autismo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- e) Síndrome de Down: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- f) Otros Síndromes o alteraciones genéticas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- g) Secuelas de la condición de prematuridad o bajo peso: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- h) Retraso del desarrollo sin causa determinada: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- i) Otro tipo de alteración de etiología conocida: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ÁMBITO EDUCATIVO: PSICOPEDAGOGO DEL EQUIPO DE A.T.

FECHA

EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Psicólogo/ Pedagogo

A. ASPECTOS REFERENTES AL DESEMPEÑO DE SU TAREA COMO PSICÓLOGO/ PEDAGOGO EN EL EQUIPO Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) la relación que mantiene, en calidad de pedagogo o psicólogo del equipo, con los C.A.T. es:

- a. Directa y sistematizada, en la que se realiza un intercambio de información ☐
- b. Principalmente indirecta, a través de otros miembros del equipo, los que transmiten el contenido de la misma ☐
- c. Directa, pero poco sistematizada, basada en un contacto esporádico, y siempre ante la necesidad de obtener información o datos puntuales sobre algún caso concreto ☐

B. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU EQUIPO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

2) La intervención de su equipo como servicio de apoyo a la escuela tiene un lugar preferente:

- a. En el área de integración y tratamiento de las necesidades educativas especiales a nivel de escuela, por tanto, existe una participación en el centro en todo proyecto o programa desarrollado en este área ☐
- b. En el plano educativo general del centro, por tanto, existe una participación en el proyecto curricular de centro ☐
- c. En los casos puntuales de necesidades educativas especiales, por tanto, la participación tiene un mayor peso a nivel de aula ☐

3) La principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela, es:

- a. Proporcionar el diagnóstico y valoración pertinente en los casos que presenten necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐
- b. Proporcionar el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa emprendida en la escuela, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula ☐
- c. Proporcionar las líneas de intervención que mejor se ajusten a los casos de necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

4) La relación que se mantiene con otros servicios externos a los educativos, en lo que, de forma paralela, se lleva a cabo un tratamiento con los niños de necesidades educativas especiales, como son los C.A.T. es:

a. Una relación bajo criterios claramente establecidos entre los servicios educativos y estos centros ☐

b. Una relación sin criterios claramente establecidos ☐

c. Nula, no se mantiene prácticamente ningún tipo de contacto significativo ☐

5) En caso de darse esta relación, esta relación está basada en:

a. En un contacto de carácter informal ☐

a.1 Relación que se establece a través de un contacto esporádico entre algún miembro de la escuela y los profesionales del C.A.T., y siempre ante un problema específico de un niño que forma parte de ambos centros ☐

a.2 Relación que se establece a través de un contacto esporádico entre algún miembro del equipo y los profesionales del C.A.T., y siempre ante un problema específico de un niño que forma parte de ambos centros ☐

a.3 Relación que se establece a través de un contacto esporádico entre algún miembro de la escuela o del equipo y los profesionales del C.A.T., y siempre ante un problema específico de un niño que forma parte de ambos centros ☐

b. En un contacto de carácter formal ☐

b.1 Relación que descansa sobre unos criterios previamente establecidos y de común acuerdo entre la escuela y el C.A.T., generando un sistema de coordinación entre ambas instituciones ☐

b.2 Relación que descansa sobre unos criterios previamente establecidos y de común acuerdo entre el equipo y el C.A.T., sirviendo de vínculo y conexión entre estos C.A.T. y la escuela, lo que genera un sistema de coordinación entre ambas instituciones, en el que el equipo se convierte en principal mecanismo de esta coordinación ☐

6) Valore de 1 a 5 (puede repetir puntuación) las siguientes propuestas en función de la similitud (valores próximos a 5) o distancia (valores próximos a 1) con el contenido de la relación con los C.A.T. de su sector

a. Establecimiento de criterios que posibilitan el paso del niño de la escuela al C.A.T. ante una necesidad detectada, y el paso del C.A.T. a la escuela ante la necesidad de ocupar una plaza escolar 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

b. Establecimiento de un canal de comunicación que permite la transmisión de información de una institución a otra, posibilitando así un seguimiento global del niño, tanto desde una institución como desde la otra 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

c. Establecimiento de criterios de actuación, buscando la complementariedad de la intervención, desde una y otra institución, y la reducción de solapamientos o duplicidades en los tratamientos, evitando así actuaciones contraproducentes 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ÁMBITO EDUCATIVO: PROFESOR DE APOYO DEL EQUIPO DE A.T.

FECHA

EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Profesor de Apoyo

A. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU EQUIPO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) La intervención de su equipo, como servicio de apoyo a la escuela, tiene un lugar preferente:

a. En el área de integración y tratamiento de las necesidades educativas especiales a nivel de escuela, por tanto, existe una participación en el centro en todo proyecto o programa desarrollado en este área ☐

b. En el plano educativo general del centro, por tanto, existe una participación en el proyecto curricular de centro ☐

c. En los casos puntuales de necesidades educativas especiales, por tanto, la participación tiene un mayor peso a nivel de aula ☐

2) La principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela, es:

a. Proporcionar el diagnóstico y valoración pertinente en los casos que presenten necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

b. Proporcionar el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa emprendida en la escuela, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula ☐

c. Proporcionar las líneas de intervención que mejor se ajusten a los casos de necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

3) Las relaciones de los servicios educativos, escuela infantil y equipo de apoyo, con los C.A.T. de su sector, se lleva a cabo principalmente a través:

a. De una relación directa entre escuela y C.A.T. ☐

b. De una relación indirecta entre el centro escolar y los C.A.T., a través de la relación que directamente establece el equipo, convirtiéndose en el principal mecanismo de conexión y coordinación entre la labor de ambas instituciones ☐

c. De una relación esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable ☐

B. ASPECTOS REFERENTES AL DESEMPEÑO DE SU TAREA COMO PROFESOR DE APOYO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

4) La valoración de necesidades educativas, partiendo de un diagnóstico, la lleva a cabo fundamentalmente:

- a. Usted, de forma individual ☐
- b. El equipo, del que forma parte ☐
- c. El equipo y la escuela, de forma conjunta y donde usted participa ☐

5) Ordene las siguientes fuentes de información en función de su mayor o menor repercusión en el diagnóstico y valoración de las necesidades educativas especiales de los niños (ordene de 1, la más relevante, a 4, la menos relevante, sin repetir puntuación)

- a. El contexto familiar 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- b. El contexto escolar 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- c. La situación de examen psicopedagógico a la que es sometido el niño por su equipo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- d. Los C.A.T., en los casos de que los niños reciban o hayan recibido tratamiento en ellos 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

6) Sus relaciones con los C.A.T. la establece principalmente a través de:

- a. El propio centro escolar ☐
- b. El equipo psicopedagógico, del que forma parte ☐
- c. El contacto que usted, de manera individual, establece con los miembros de estos centros, siempre ante la necesidad que presentan determinados casos que, de forma paralela, reciben tratamiento en el marco de la educación infantil y tratamiento de intervención temprana ☐
- d. No mantiene un tipo de relación lo suficientemente significativa que destacar ☐

7) En caso de existir estas relaciones y atendiendo a la mayor o menor incidencia que esta información tiene sobre su actividad como profesor de apoyo, valore las siguientes propuestas de 1 (la que menos) a 5 (la que más)/ Puede repetir puntuación.

- a. Esta información me permite comprender mejor las necesidades educativas específicas del niño, me ayuda a realizar una programación mucho más ajustada a sus necesidades 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- b. Esta información me permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global del niño 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- c. Esta información me permite programar una intervención educativa complementaria a la mantenida en el C.A.T., consiguiendo así, reducir solapamientos, duplicidades o contradicciones 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ÁMBITO EDUCATIVO: LOGOPEDA DEL EQUIPO DE A.T.

FECHA

EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Logopeda

A. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU EQUIPO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) La intervención de su equipo, como servicio de apoyo a la escuela, tiene un lugar preferente:

a. En el área de integración y tratamiento de las necesidades educativas especiales a nivel de escuela, por tanto, existe una participación en el centro en todo proyecto o programa desarrollado en este área ☐

b. En el plano educativo general del centro, por tanto, existe una participación en el proyecto curricular de centro ☐

c. En los casos puntuales de necesidades educativas especiales, por tanto, la participación tiene un mayor peso a nivel de aula ☐

2) La principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela, es:

a. Proporcionar el diagnóstico y valoración pertinente en los casos que presenten necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

b. Proporcionar el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa emprendida en la escuela, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula ☐

c. Proporcionar las líneas de intervención que mejor se ajusten a los casos de necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

3) Las relaciones de los servicios educativos, escuela infantil y equipo de apoyo, con los C.A.T. de su sector, se lleva a cabo principalmente a través:

a. De una relación directa entre escuela y C.A.T. ☐

b. De una relación indirecta entre el centro escolar y los C.A.T., a través de la relación que directamente establece el equipo, convirtiéndose en el principal mecanismo de conexión y coordinación entre la labor de ambas instituciones ☐

c. De una relación esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable ☐

B. ASPECTOS REFERENTES AL DESEMPEÑO DE SU TAREA COMO LOGOPEDA EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

4) Para el desempeño de su actividad, la relación mantenida con los C.A.T. es:

a. Importante, ya que le permite reunir una información muy significativa sobre los niños que trata y están o han estado recibiendo tratamiento de intervención temprana ☐

b. Importante, porque le permite establecer una intervención sincronizada y complementaria al tratamiento que, en el área de lenguaje, se lleva a cabo en estos centros, buscando la coordinación entre ambos ☐

c. No muy relevante, por no tener un peso excesivo en el desempeño de su actividad ☐

c.1 Son pocos los niños que atiende y se encuentran, o se han encontrado, bajo tratamiento de atención temprana ☐

c.2 La información que procede de estos centros tiene muy poca incidencia sobre su actividad ☐

5) En caso de darse esta relación, la establece principalmente a través de:

a. La propia escuela ☐

b. El equipo, del que forma parte integrante ☐

c. El contacto que usted, de manera individual, establece con los miembros de estos centros, siempre ante la necesidad que presentan determinados casos que, de forma paralela, reciben tratamiento en el marco de la educación infantil y el tratamiento de intervención temprana ☐

ÁMBITO EDUCATIVO: TRABAJADOR SOCIAL DEL EQUIPO DE A.T.

FECHA

EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA

CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA QUE LO REALIZA

Trabajador Social

A. ASPECTOS REFERENTES AL PAPEL DE SU EQUIPO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

1) La intervención de su equipo, como servicio de apoyo a la escuela, tiene un lugar preferente:

a. En el área de integración y tratamiento de las necesidades educativas especiales a nivel de escuela, por tanto, existe una participación en el centro en todo proyecto o programa desarrollado en este área ☐

b. En el plano educativo general del centro, por tanto, existe una participación en el proyecto curricular de centro ☐

c. En los casos puntuales de necesidades educativas especiales, por tanto, la participación tiene un mayor peso a nivel de aula ☐

2) La principal función que el equipo tiene como servicio de apoyo a la escuela, es:

a. Proporcionar el diagnóstico y valoración pertinente en los casos que presenten necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

b. Proporcionar el apoyo y asesoramiento a toda la actividad educativa emprendida en la escuela, tanto a nivel de centro, como de ciclo o aula ☐

c. Proporcionar las líneas de intervención que mejor se ajusten a los casos de necesidades educativas especiales, lo que servirá de guía a la actividad emprendida en la escuela, fundamentalmente en el área de integración ☐

3) Las relaciones de los servicios educativos, escuela infantil y equipo de apoyo, con los C.A.T. de su sector, se lleva a cabo principalmente a través:

a. De una relación directa entre escuela y C.A.T. ☐

b. De una relación indirecta entre el centro escolar y los C.A.T., a través de la relación que directamente establece el equipo, convirtiéndose en el principal mecanismo de conexión y coordinación entre la labor de ambas instituciones ☐

c. De una relación esporádica y muy poco sistematizada, apenas destacable ☐

B. ASPECTOS REFERENTES AL DESEMPEÑO DE SU TAREA COMO ASISTENTE SOCIAL EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y LA RELACIÓN CON LOS C.A.T. DE SU SECTOR

4) La relación que mantiene, en calidad de asistente social, con los C.A.T. es:

- a. Una relación estrecha, por las importantes repercusiones que lo transcurrido en estos centros tiene en su actividad ☐
- b. Nula, lo transcurrido en estos centros no tiene grandes implicaciones en su actividad ☐
- c. Nula, por la dificultad en establecer canales de conexión ☐

5) En caso de darse esta relación, su relación con los C.A.T la establece principalmente a través de:

- a. El propio centro escolar ☐
- b. El equipo psicopedagógico del que forma parte ☐
- c. El contacto que usted, de manera individual, establece con los miembros de estos centros, siempre ante la necesidad que presentan determinados casos que, de forma paralela, reciben tratamiento en el marco de la educación infantil y tratamiento de intervención temprana ☐

6) Atendiendo a la mayor o menor incidencia que esta relación tiene sobre su actividad como asistente social y frente al niño que está o ha estado en estos centros, valore las siguientes propuestas de 1 (la que menos) a 5 (la que más)/ Puede repetir puntuación

- a. Esta relación me permite comprender mejor las necesidades educativas específicas del niño y su contexto familiar, por tanto, me ayuda a concebir una intervención de forma más ajustada a sus necesidades 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- b. Esta relación me permite llevar un seguimiento y control mucho más amplio y global del niño y el contexto familiar 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- c. Esta relación me permite concebir una intervención familiar complementaria a la mantenida en el C.A.T., consiguiendo así reducir solapamientos, duplicidades o contradicciones 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
- d. Esta relación me permite establecer una derivación pertinente, en caso de ser necesaria 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ÁMBITO SOCIAL: CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA**FECHA****CENTRO****CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA/S QUE LO REALIZA/N**

A. ASPECTOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE SERVICIOS EXTERNOS AL CENTRO, POR LOS SERVICIOS DEL ÁMBITO SANITARIO Y EL EDUCATIVO.

1) La relevancia que tiene la información que pueden aportar estos servicios a la labor desarrollada en su centro es: (referente a la que podrían o deberían aportar, no a la que reciben actualmente)

Servicios sanitariosa. Mucha ☐b. Importante, aunque no imprescindible ☐c. Poca o nada ☐**Servicios educativos**a. Mucha ☐b. Importante, aunque no imprescindible ☐c. Poca o nada ☐

2) Acceder a la información que estos servicios pueden aportar, se convierte en algo:

Servicios sanitariosa. Fácil ☐b. Algo dificultoso ☐c. Muy difícil o imposible ☐**Servicios educativos**a. Fácil ☐b. Algo dificultoso ☐c. Muy difícil o imposible ☐

3) El tipo de información recibida se ajusta a las necesidades que presenta la labor emprendida en su centro:

Servicios sanitariosa. Siempre ☐b. A veces ☐c. Nunca o muy pocas veces ☐**Servicios educativos**a. Siempre ☐b. A veces ☐c. Nunca o muy pocas veces ☐

4) El acceso a esta información normalmente tiene lugar a través:

Servicios sanitariosa. De la familia del niño, de forma verbal ☐b. De la familia del niño, de forma escrita ☐c. De un contacto con los medios sanitarios ☐

d. De otras.....

Servicios educativosa. De la familia del niño, de forma verbal ☐b. De la familia del niño, de forma escrita ☐c. De un contacto con los medios educativos ☐

d. De otras.....

5) El contenido de la información que aportan estos servicios normalmente es referente a:

Servicios sanitarios

- a. La derivación ☐
- b. El diagnóstico ☐
- c. La valoración de las repercusiones funcionales psicofísicas en el sujeto ☐
- d. Los acontecimientos clínicos más destacables tras una estancia hospitalaria ☐
- e. Los acontecimientos socioambientales más destacables tras una estancia hospitalaria ☐
- f. Las fechas de próximas revisiones ☐
- g. Los cambios más destacables después de una revisión ☐

Servicios educativos

- a. La derivación ☐
- b. La modalidad educativa en la que se encuentra el sujeto ☐
- c. La valoración de las necesidades educativas especiales y su evolución ☐
- d. Las características del proceso de intervención educativa ☐
- e. Los acontecimientos más destacables transcurridos en el contexto escolar ☐
- f. Las decisiones en cuanto a un cambio en la modalidad educativa o situación escolar ☐

B. ASPECTOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE ESTOS SERVICIOS A SU CENTRO/ INFORMACIÓN QUE NORMALMENTE SU CENTRO APORTA A LOS SERVICIOS DEL ÁMBITO SANITARIO Y EL EDUCATIVO

6) La solicitud de información por parte de estos servicios tiene lugar:

Servicios sanitarios

- a. De forma habitual ☐
- b. Algunas veces ☐
- c. Nunca o casi nunca ☐

Servicios educativos

- a. De forma habitual ☐
- b. Algunas veces ☐
- c. Nunca o casi nunca ☐

7) Su centro, normalmente, realiza la transmisión de esta información a través de:

Servicios sanitarios

- a. La familia del niño, de forma verbal ☐
- b. La familia del niño, de forma escrita ☐
- c. Un contacto con los medios sanitarios ☐
- d. De otras.....

Servicios educativos

- a. La familia del niño, de forma verbal ☐
- b. La familia del niño, de forma escrita ☐
- c. Un contacto con los medios educativos ☐
- d. De otras.....

8) Considera que la información solicitada por estos servicios es:

Servicios sanitarios

- a. Más de la que ellos ofrecen ☐
- b. Menos de la que ellos ofrecen ☐
- c. Proporcional a la que ellos ofrecen ☐

Servicios educativos

- a. Más de la que ellos ofrecen ☐
- b. Menos de la que ellos ofrecen ☐
- c. Proporcional a la que ellos ofrecen ☐

9) El contenido de la información que aporta su centro a estos servicios es referente a:Servicios sanitarios

- a. La derivación ☐
- b. El diagnóstico psicopedagógico ☐
- c. La evolución funcional psicofísica ☐
- d. La modalidad de tratamiento recibido ☐
- e. Las características de la intervención ☐

Servicios educativos

- a. La derivación ☐
- b. El diagnóstico psicopedagógico ☐
- c. La evolución funcional psicofísica ☐
- d. La modalidad del tratamiento recibido ☐
- e. Las características de la intervención ☐

C. ASPECTOS REFERENTES A LA RELACIÓN QUE SU CENTRO MANTIENE CON ESTOS SERVICIOS.**10) Los servicios con los que normalmente mantienen esta relación son:**Con los servicios sanitarios

- a. Servicios:
- b. Profesionales:

Con los servicios educativos

- a. Servicios:
- b. Profesionales:

11) Este contacto tiene lugar a través de:Con los servicios sanitarios

- a. Un contacto personal ☐
- b. Un contacto telefónico ☐
- c. Un medio escrito (carta o fax) ☐
- d. Un medio informático ☐

Con los servicios educativos

- a. Un contacto personal ☐
- b. Un contacto telefónico ☐
- c. Un medio escrito (carta o fax) ☐
- d. Un medio informático ☐

12) El tipo de compromiso formal que existe actualmente para establecer la relación por ambas partes:Con los servicios sanitarios

- a. Esta sujeto a un "programa o convenio de colaboración" concreto ☐ ¿Cuál?.....
- b. Es un compromiso entre ambos a partir del diseño de criterios mínimos de actuación ☐
- c. Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento ☐

Con los servicios educativos

- a. Esta sujeto a un "programa o convenio de colaboración" concreto ☐ ¿Cuál?.....
- b. Es un compromiso entre ambos a partir del diseño de criterios mínimos de actuación ☐
- c. Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento ☐

13) En caso de existir algún tipo de compromiso formal, éste está basado en delimitación de un:Con los servicios sanitarios

- a. Calendario y espacios de contacto ☐
- b. Situación suceptible de contacto ☐
- c. Formato escrito a utilizar ☐
- d. Programa informático a utilizar ☐

Con los servicios educativos

- a. Calendario y espacios de contacto ☐
- b. Situación suceptible de contacto ☐
- c. Formato escrito a utilizar ☐
- d. Programa informático a utilizar ☐

14) La coordinación que actualmente mantiene con estos servicios la definiría como:

Con los servicios sanitarios

- a. Adecuada y suficiente ☐
- b. Adecuada, pero podría mejorarse ☐
- c. Mínima, pero suficiente ☐
- d. Mínima, debería mejorar ☐

Con los servicios educativos

- a. Adecuada y suficiente ☐
- b. Adecuada, pero podría mejorarse ☐
- c. Mínima, pero suficiente ☐
- d. Mínima, debería mejorar ☐

15) Los elementos que considera que mayor éxito aportan actualmente a la coordinación mantenida con estos servicios serían:

Con los servicios sanitarios

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su centro ☐
- b. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos servicios ☐
- c. Las posibilidades que ofrece el programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. Las posibilidades que ofrece el programa o convenio entre su centro y estos servicios ☐
- e. La formalización de la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

Con los servicios educativos

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su centro ☐
- b. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de este servicio ☐
- c. Las posibilidades que ofrece el programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. Las posibilidades que ofrece el programa o convenio entre su centro y estos servicios ☐
- e. La formalización de la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

16) Los elementos que considera que mayores limitaciones aportan actualmente a la coordinación mantenida con estos servicios serían:

Con los servicios sanitarios

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de este servicio ☐
- b. El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales ☐
- c. La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y estos servicios ☐
- e. La imposibilidad de formalizar la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

Con los servicios educativos

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de este servicio ☐
- b. El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales ☐
- c. La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y estos servicios ☐
- e. La imposibilidad de formalizar la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

ÁMBITO SANITARIO: SERVICIO HOSPITALARIO**FECHA****HOSPITAL****SERVICIO****CARGO PROFESIONAL DE LA PERSONA/S QUE LO REALIZA/N**

A. ASPECTOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE SERVICIOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EXTERNOS AL ÁREA SANITARIA, CONCRETAMENTE, POR LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

1) La relevancia que tiene la información que pueden aportar estos centros a la labor desarrollada en su servicio hospitalario es: (referente a la que podrían o deberían aportar, no a la que reciben actualmente)

- a. Mucha ☐
- b. Importante, aunque no imprescindible ☐
- c. Poca o nada ☐

2) Acceder a la información que estos centros pueden aportar, se convierte en algo:

- a. Fácil ☐
- b. Algo dificultoso ☐
- c. Muy difícil o imposible ☐

3) El tipo de información recibida se ajusta a las necesidades que presenta la labor emprendida en su servicio:

- a. Siempre ☐
- b. A veces ☐
- c. Nunca o muy pocas veces ☐

4) El acceso a esta información, normalmente, tiene lugar a través de:

- a. La familia del niño, de forma verbal ☐
- b. La familia del niño, de forma escrita ☐
- c. Un contacto directo con los profesionales de estos centros ☐
- d. Otros medios.....

5) El contenido de la información que aportan estos centros, normalmente, hace referencia a:

- a. La derivación ☐
- b. El diagnóstico y valoración psicopedagógica ☐
- c. La evolución funcional psicofísica del niño ☐
- d. La modalidad de tratamiento recibido ☐
- e. Las características de la intervención ☐

B. ASPECTOS REFERENTES A LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE ESTOS CENTROS A SU SERVICIO HOSPITALARIO/ INFORMACIÓN QUE NORMALMENTE SU SERVICIO APORTA A LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

6) La solicitud de información por parte de estos centros, tiene lugar:

- a. De forma habitual ☐
- b. Algunas veces ☐
- c. Nunca o casi nunca ☐

7) Su servicio, normalmente, realiza la transmisión de esta información a través de:

- a. La familia del niño, de forma verbal ☐
- b. La familia del niño, de forma escrita ☐
- c. Un contacto directo con los profesionales de estos centros ☐
- d. Otros medios.....

8) Considera que la información solicitada por estos centros es:

- a. Más de la que ellos pueden necesitar en su intervención psicopedagógica ☐
- b. Menos de la que ellos podrían necesitar en su intervención psicopedagógica ☐
- c. Adecuada a las necesidades que presenta su intervención psicopedagógica ☐

9) El contenido de la información que aporta su servicio a estos centros es referente a:

- a. La derivación ☐
- b. El diagnóstico clínico ☐
- c. La valoración de las repercusiones funcionales psicofísicas en el sujeto ☐
- d. Los acontecimientos clínicos más destacables tras una estancia hospitalaria ☐
- e. Los acontecimientos socio-ambientales más destacables tras una estancia hospitalaria ☐
- f. Las fechas de próximas revisiones ☐
- g. Los cambios más destacables después de una revisión ☐

C. ASPECTOS REFERENTES A LA RELACIÓN QUE SU SERVICIO MANTIENE CON ESTOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

10) Los centros y profesionales con los que normalmente mantienen esta relación son:

- a. Centros:

b. Tipo de Profesional:

11) Este contacto tiene lugar a través de:

- a. Un contacto personal ☐
- b. Un contacto telefónico ☐
- c. Un medio escrito (carta o fax) ☐
- d. Un medio informático ☐

12) El tipo de compromiso formal que existe actualmente para establecer la relación por ambas partes:

- a. Esta sujeto a un "programa o convenio de colaboración" concreto ☐
- b. Es un compromiso entre ambos a partir del diseño de unos criterios mínimos de actuación ☐
- c. Ninguno, la relación es fruto de la espontaneidad, según las necesidades del momento ☐

13) En caso de existir algún tipo de compromiso formal, éste está basado en delimitación de un:

- a. Calendario y espacios de contacto ☐
- b. Situación suceptible de contacto ☐
- c. Formato escrito a utilizar ☐
- d. Programa informático a utilizar ☐

14) La coordinación que actualmente mantiene con estos centros la definiría como:

- a. Adecuada y suficiente ☐
- b. Adecuada, pero podría mejorarse ☐
- c. Mínima, pero suficiente ☐
- d. Mínima, debería mejorar ☐

15) Los elementos que considera que mayor éxito aportan actualmente a la coordinación mantenida con estos centros serían:

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de su servicio ☐
- b. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos centros ☐
- c. Las posibilidades que ofrece el programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. Las posibilidades que ofrece el programa o convenio entre su servicio y estos centros ☐
- e. La formalización de la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

16) Los elementos que considera que mayores limitaciones aportan actualmente a la coordinación mantenida con estos servicios serían:

- a. La disponibilidad y accesibilidad de los profesionales de estos centros ☐
- b. El tiempo y recursos con los que cuentan los profesionales de su servicio ☐
- c. La inexistencia de un programa de coordinación interinstitucional a nivel oficial ☐
- d. La inexistencia de un programa o convenio entre su centro y estos centros ☐

- e. La imposibilidad de formalizar la relación, pese a no existir ningún programa o convenio específico ☐
- f. Otros:.....

17) En caso de existir algún tipo de programa o convenio concreto de colaboración entre su hospital o servicio y estos centros de atención temprana:

- a. Designación del mismo.....
- b. Tiempo que lleva en marcha.....
- c. Partes implicadas.....
- d. Características u Observaciones.....
-

ANEXO 2

Matrices de Datos

ÁMBITO EDUCATIVO: DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO¹

CENTRO	PREGUNTAS (Director)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Zona C.					
1	c	b	a	a	b
2	c	c	b	a	?
3	c	c	a	a	d
4	c	c	b	a	c
5	c	c	b	a	c
6	c	c	c	a	a
7	c	b	b	b	b
8	c	?	b	a	b
9	c	b	a	a	a
10	c	c	b	a	c
11	b	b	b	a	c
12	c	b	a	a	b
13	c	c	b	a	a
Total	12c, 1b	7c, 5b, 1?	8b, 4a, 1c	12a, 1b	4b, 4c, 3a, 1d, 1?
Zona S.					
14	c	b	b	a	c
15	c	c	a	a	a
16	c	b	b	c	?
17	c	c	a	a	c
18	c	b	a	a	b
19	c	?	a	a	?
20	c	c	a	a	d
21	c	b	c	a	?
22	c	c	a	b	c
Total	9c	4b, 4c, 1?	6a, 2b, 1c	7a, 1b, 1c	3c, 1b, 1a, 1d, 3?
Zona E.					
23	c	c	a/b	a	a

¹?= sin contestación/ *= Cuestión semicerrada, información recogida en otra tabla/T= Todas las posibilidades señaladas/ -----= Carece de este profesional

24	c	b	b	a	b
25	a	b	b	b	a
26	c	c	a/b	a	a
27	c	b	b	a	d
28	c	a	b	c	a
29	c	b	b	a	b
Total	6c, 1a	4b, 2c, 1a	7b, 2a	5a, 1b, 1c	4a, 2b, 1d
Zona N.					
30	a	c	b	a	a
31	c	c	c	a	a
32	c	c	b	a	a
33	b/c	b	a	c	c
Total	3c, 1a, 1b	3c, 1b	2b, 1a, 1c	3a, 1c	3a, 1c
Zona O.					
34	c	c	b	a	c
35	c	b	c	b	b
36	c	b	b	c	d
37	c	c	b	a	c
Total	4c	2b, 2c	3b, 1c	2a, 1b, 1c	2c, 1b, 1d
TOTAL	34c	18c	22b	29a	11a
	2a	16b	13a	4b	10c
	2b	1a	4c	4c	8b
		1?			4d
					4?

CENTRO	P6 (Director)		
	A	B	C
Zona C.			
1	(5)	(5)	(5)
2 1?	?	?	?
3 1?	?	?	?
4	(4)	(4)	(5)
5	?	?	(5)

6	?	(4)	?
7	(3)	(4)	(3)
8	(1)	(1)	(1)
9	(1)	(1)	(1)
10	(3)	(3)	(1)
11	(1)	(1)	(5)
12	(3)	(5)	(5)
13	?	(2)	(3)
Totales 2?	3?, 3(1), 3(3), 1(4), 1(5)	1?, 3(1), 1(2), 1(3), 3(4), 2(5)	1?, 3(1), 2(3), 5(5)
Zona S.			
14	?	(5)	(5)
15	(2)	(5)	(5)
16	(3)	(5)	(5)
17	(1)	(3)	(2)
18	(5)	(5)	(5)
19 1?	?	?	?
20 1?	?	?	?
21 1?	?	?	?
22	(3)	(5)	(5)
Totales 3?	1?, 1(1), 1(2), 2(3), 1(5)	1(3), 5(5)	1(2), 5(5)
Zona E.			
23 1?	?	?	?
24 1?	?	?	?
25	(5)	(5)	(5)
26	(4)	(3)	(5)
27 1?	?	?	?
28	(1)	(1)	(1)
29 1?	?	?	?
Totales 4?	1(1), 1(4), 1(5)	1(1), 1(3), 1(5)	1(1), 2(5)
Zona N.			
30	(4)	(1)	(1)
31	(4)	(4)	(3)
32	(3)	(5)	(5)

33	(5)	(5)	(5)
Totales	1(3), 2(4), 1(5)	1(1), 2(5), 1(4)	1(1), 1(3), 2(5)
Zona O.			
34	(2)	(3)	(4)
35	(4)	(3)	(3)
36 1?	?	?	?
37	(4)	(1)	(1)
Totales	1(2), 2(4)	1(1), 2(3)	1(1), 1(3), 1(4)
1?			
TOTAL	6(3)	10(5)	14(5)
	6(4)	6(1)	6(1)
10?	5(1)	5(3)	4(3)
	4(5)	4(4)	1(2)
	2(2)	1(2)	1(4)
	4?	1?	1?

ÁMBITO EDUCATIVO: EDUCADOR DEL CENTRO EDUCATIVO

CENTRO	PREGUNTAS (Educador)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Zona C.						
1	4a	4c.3a	4b.3a	3a.1c	4a1	4a.3b.2c
2	4b.2a	5c.1b	3b.2a.1c	6b.1c	3a1.2?,1b	3a.3?
3	2c.1b	3b	3a	3b	2a3.1a2	3b
4	2b.1a	2b.1a	3b	2b.1?	2a1	2a.2b
5	2c.1a.1b	3c.2a	4b.1a	3b.2c	2?,1a2.1b	3?,1b
6	1a.1b.1c	2c.1a	1a.1b.1c	2b.1c	1a3.2?	3?
7	2a	2a	2b	2b	2a.2	2?
8	1a.1b	1b.1c	2b	1b.1c	1a1.1b	2?
9	2c	2c	2b	2b	2b	2?
10	4a	2b.1a.1c	2a.2c.1b	4b	2?,1a1.1a3.1b	2?,1a.1b
11	4b	4b	4b	4b	4a3	4b
12	3a	3a	2a.1b	3b.1c	2a1.1?	2a.1b.1?
13	2b.2c	3c.1a	2?,1a.1b	4c	2?,1a1.1a3	3?,1b
Total	19a, 16b, 9c	21c, 14a, 13b	28b, 15a, 4c, 2?	32b, 11c, 3a, 1?	14a.1, 11?, 9a.3, 5b, 4a.2	21?, 16b, 12a, 2c
Zona S.						
14	2b	1b.1c	2b	2c	1a1.1a	2a
15	1c	1c	1a	1c	1a1	1a
16	1b.1c	2b	2b	2b	1a1.1b	2?
17	1a	1a	1c	1b	1a3	1b
18	4c	4b	4b	4b	3a3.1?	3b.1?
19	3b	3b	3b	2b	2?	3?
20	3b	3b	3b	2b.1a	3b	3?
21	3b.1a.1c	4c.1b	2a.2b.1c	2b.2c.1a	3a3.1a1.1b	4?,1a
22	3b	2c.1b	2c.1b	3b	3a1	3b
Total	15b, 7c, 2a	15b, 8c, 1a	17b, 3a, 4c	17b, 5c, 2a	8a1, 7a3 5b, 1a, 1?	13?, 7b, 4a
Zona E.						
23	1b	1c	1b.1c	1b	1a1	1b
24	1b	1b	1b	1b	1a	1b

25	2b,1c	3c,1b	3b	3c	1a1,1a3,1b	2?,1a
26	1b	1a	1a	1c	1a1	1?
27	2b	1a,1c	1a,1b	2b	1a1, 1?	1?,1a
28	2a,1b,1c	2c,1a,1b	3b,1c	2b,1a,1c	2?,1a2,1a	3?,1b
29	1a,1b	2c	1a,1b	1b,1c	2a1	2a
Total	9b, 3a, 2c	9c, 3a, 3b	10b, 3a, 2c	7b, 6c, 1a	6a.1, 3?, 2a 1a.2, 1a.3, 1b	7?, 4a, 3b
Zona N.						
30	2c	2c	1a,1b	2b,1c	1b,1?	2?
31	1c	1c	1c	1c	1?	1?
32	1a	1c	1b	1b	1a1	1c
33	2a	2c	2b	2b	2a1	2a
Total	3a, 3c	6c	4b, 1a, 1c	5b, 2c	3a.1, 2?, 1b	3?, 2a, 1c
Zona 0.						
34	2a.2b	3b,1a	4b	3b,1a	3a1,1a2	2a,2b
35	1b	1a	1c	1b	1a1	1c
36	1b	1b	1b	1b	1a1	1b
37	1b	1?	1?	1?	1?	1?
Total	5b, 2a	4b, 2a, 1?	5b, 1c, 1?	5b, 1a, 1?	5a.1, 1a.2, 1?	3b, 2a, 1c, 1?
TOTAL	45b	44c	64b	66b	36a1	45?
	29a	35b	22a	24c	17a3	29b
	21c	20a	12c	7a	18?	24a
		1?	3?	2?	12b	4c
					6a2 3a	

CENTRO	P7 (Educador)		
	A	B	C
Zona C.			
1	3(5), 1(4)	3(5), 1(4)	3(5), 1(4)
2 3?	2(3), 1(4)	2(3), 1(4)	3(3)
3 3?	3?	3?	3?
4	1(3), 1(4), 1(5)	2(3), 1(5)	3(3)
5 3?	1(1)	1(2)	1(2)

6 3?	3?	3?	3?
7 2?	2?	2?	2?
8 2?	2?	2?	2?
9 2?	2?	2?	2?
10 2?	1(3), 1(5)	1(2), 1(5)	1(5), 1(1)
11 4?	4?	4?	4?
12 1?	2(3)	2(4)	2(2)
13 2?	1(1), 1(3)	1(1), 1?	1(1), 1(3)
Totales 27?	2(1), 7(3), 3(4), 5(5)	1?, 1(1), 2(2), 4(3), 4(4), 5(5)	2(1), 3(2), 7(3), 1(4), 4(5)
Zona S.			
14	2(3)	1(4), 1(3)	1(3), 1(4)
15	1(3)	1(3)	1(3)
16 2?	2?	2?	2?
17 1?	1?	1?	1?
18 4?	4?	4?	4?
19 3?	3?	3?	3?
20 3?	3?	3?	3?
21 4?	1(3)	1(4)	1(2)
22	2(3), 1(4)	2(2), 1(3)	2(3), 1(5)
Totales 17?	6(3), 1(4)	2(2), 3(3), 2(4)	1(2), 4(3), 1(4), 1(5)
Zona E.			
23	1(3), 1(5)	1(2), 1(5)	1(5), 1(2)
24	1(4)	1(3)	1(5)
25 1?	2(1)	1(2), 1(3)	1(1), 1(5)
26 1?	1?	1?	1?
27 1?	1(3)	1?	1?
28 3?	1(3)	1(2)	1(1)
29	1(3), 1(5)	1(2), 1(5)	1(2), 1(5)
Totales 6?	2(1), 3(3), 1(4), 2(5)	1?, 4(2), 2(3), 2(5),	1?, 2(1), 1(2), 4(5)
Zona N.			
30 2?	2?	2?	2?
31 1?	1?	1?	1?
32	1(5)	1(5)	1(5)

33	2(4)	2(5)	2(4)
Totales	2(4), 1(5)	3(5)	2(4), 1(5)
3?			
Zona O.			
34	2(4), 1(2), 1(5)	3(4), 1(5)	2(3), 1(5), 1(4)
35	1?	1(4)	1?
36	1(4)	1(3)	1(5)
37 1?	1?	1?	1?
Totales	1?, 1(2), 3(4), 1(5)	1(3), 4(4), 1(5)	1?, 2(3), 1(4), 2(5)
1?			
TOTAL	16(3)	11(5)	13(3)
	9(5)	10(4)	12(5)
54?	10(4)	10(3)	5(4)
	4(1)	8(2)	5(2)
	1(2)	1(1)	4(1)
	1?	2?	2?

ÁMBITO EDUCATIVO: PSICOPEDAGOGO DEL EQUIPO DE A.T.

EQUIPO	PREGUNTAS (Psicopedagogo)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Zona C.					
A	2a	2b	2b	2b	2b1
B	2c	2b	2b	2b	2a3
C	1a, 1b	2b, 1a	2b, 1c	1a, 1b	1a2, 1b2
D	1b	1a, 1b	1b, 1c	1b	1a2
Total	3a, 2b, 2c	7b, 2a	7b, 2c	6b, 1a	2b1, 2a2, 2a3, 1b2
Zona S.					
E	1a	1b	1b	1a	1b1
F	1a	1a	1a	1a	1b1
G	2c	1b, 1?	2b	2b	1a1, 1a2
Total	2a, 2c	2b, 1a, 1?	3b, 1a	2a, 2b	2b1, 1a1 1a2
Zona E.					
H	2c	2b	2c	2b	1a2, 1a3
Total	2c	2b	2c	2b	1a2, 1a3
Zona N.					
I	1b, 1c	2b	1a, 1b	1a, 1b	1a3, 1b1
J	2a	2a, 1b	2c, 1b	2a	2b1
Total	2a, 1b, 1c	3b, 2a	2b, 2c, 1a	3a, 1b	3b1, 1a3
Zona O.					
K	2a	1a, 1c	2c	2a	2b2
L	1a	1b	1b	1a	1b1
Total	3a	1a, 1b, 1c	2c, 1b	3a	2b2, 1b1

TOTAL	10a	15 b	13b	11b	8b1
	3b	6a	8c	9a	3b2
	7c	1c	2a		4a3
		1?			4a2
					1a1

EQUIPO	P6 (Psicopedagogo)		
	A	B	C
Zona C.			
A	2(3)	2(4)	1(5)
B 1?	1(4)	1(3)	1(5)
C	1(1), 1(3)	1(3), 1(5)	1?, 1(5)
D	1(4)	1(4)	1(3)
Totales	1(1), 3(3), 2(4)	2(3), 3(4), 1(5)	1?, 1(3), 3(5)
1?			
Zona S.			
E	1(4)	1(4)	1(5)
F	1(4)	1(3)	1(5)
G	1(2), 1?	1(1), 1(5)	1(5), 1?
Totales	1?, 1(2), 2(4)	1(1), 1(3), 1(4), 1(5)	1?, 3(5)
Zona E.			
H	2(4)	2(4)	1(4), 1(5)
Totales	2(4)	2(4)	1(4), 1(5)
Zona N.			
I	2(3)	1(1), 1(5)	1(2), 1(3)
J 1?	1?	1(5)	1?
Totales	1?, 2(3)	1(1), 2(5)	1?, 1(2), 1(3)
1?			
Zona O.			
K	2(4)	1(3), 1(4)	2(3)
L	1(4)	1(4)	1(3)
Totales	3(4)	1(3), 2(4)	3(3)

TOTAL	9(4)	8(4)	7(5)
	5(3)	4(3)	5(3)
2?	2?	4(5)	3?
	1(1)	2(1)	1(2)
	1(2)		1(4)

ÁMBITO EDUCATIVO: PROFESOR DE APOYO DEL EQUIPO DE A.T.

EQUIPO	PREGUNTAS (Profesor de Apoyo)				
	P1	P2	P3	P4	P6
Zona C.					
A	2a	1b, 1c	2b	1b, 1c	2b
B	1c	1c	1c	1c	1b
C	2c	2c	2b	2c	2b
D	2b	2b	2b	2c	2b
Total	3c, 2a 2b	4c, 3b	6b, 1c	6c, 1b	7b
Zona S.					
E	1a	1b	1b	1b	1b
F	2a, 2b, 2c	2a, 2b, 2c	2b	2c	2b
G	-----	-----	-----	-----	-----
Total	3a, 2b 2c	3b, 2a 2c	3b	2c, 1b	3b
Zona E.					
H	1b	1b	1b	1b	1b
Total	1b	1b	1b	1b	1b
Zona N.					
I	1c	1c	1a	1b	1a
J	-----	-----	-----	-----	-----
Total	1c	1c	1a	1b	1a
Zona O.					
K	-----	-----	-----	-----	-----
L	-----	-----	-----	-----	-----
Total	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	6c 5b 5a	7b 7c 2a	11b 1a 1c	8c 4b	11b 1a

EQUIPO	P5 (Profesor de Apoyo)			
	A	B	C	D
Zona C.				
A	1(3), 1(1)	2(2)	1(1), 1(4)	1(3), 1(4)
B	1(2)	1(1)	1(3)	1(4)
C	2(1)	2(2)	2(3)	2(4)
D	2(1)	2(1)	2(1)	2(4)
Totales	1(2), 1(3), 5(1)	3(1), 4(2)	3(1), 3(3), 1(4)	1(3), 6(4)
Zona S.				
E	1(2)	1(1)	1(3)	1(4)
F	2(3)	2(4)	2(1)	2(2)
G	-----	-----	-----	-----
Totales	1(2), 2(3)	1(1), 2(4)	2(1), 1(3)	2(2), 1(4)
Zona E.				
H 1?	1?	1?	1?	1?
Totales 1?	1?	1?	1?	1?
Zona N.				
I	1(2)	1(3)	1(1)	1(4)
J	-----	-----	-----	-----
Totales	1(2)	1(3)	1(1)	1(4)
Zona O.				
K	-----	-----	-----	-----
L	-----	-----	-----	-----
Totales	-----	-----	-----	-----
TOTAL	5(1)	4(1)	6(1)	8(4)
	3(2)	4(2)	4(3)	2(2)
1?	3(3)	2(4)	1(4)	1(3)
		1(3)		

EQUIPO	P7 (Profesor de Apoyo)		
	A	B	C
Zona C.			
A	1(1), 1(2)	2(4)	2(5)
B	1(2)	1(2)	1(3)
C	2(1)	2(1)	2(5)
D	2(3)	2(5)	2(1)
Totales	3(1), 2(2), 2(3)	2(1), 2(4), 2(5), 1(2)	4(5), 2(1), 1(3)
Zona S.			
E	1(3)	1(5)	1(4)
F	2(3)	2(3)	2(3)
G	-----	-----	-----
Totales	3(3)	2(3), 1(5)	2(3), 1(4)
Zona E.			
H 1?	1?	1?	1(5)
Totales	1?	1?	1(5)
1?			
Zona N.			
I	1(5)	1(4)	1(2)
J	-----	-----	-----
Totales	1(5)	1(4)	1(2)
Zona O.			
K	-----	-----	-----
L	-----	-----	-----
Totales	-----	-----	-----
TOTAL	5(3)	3(4)	5(5)
	3(1)	3(5)	3(2)
	2(2)	2(1)	3(3)
	1(5)	2(3)	1(4)
	1?	1(2)	
		1?	

ÁMBITO EDUCATIVO: LOGOPEDA DEL EQUIPO DE A.T.

EQUIPO	PREGUNTAS (Logopeda)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Zona C.					
A	-----	-----	-----	-----	-----
B	1c	1c	1b	1c.2	1b
C	1b	1b	1b	1b, 1c.1	1b
D	1a, 1b	1a, 1b, 1c	1b	1b, 1c1	1b
Total	2b, 1a, 1c	2b, 2c, 1a	3b	2b, 2c1 1c2	3b
Zona S.					
E	1a	1c	1b	1c2	1b
F	1a	1b	1a	1c1	1?
G	-----	-----	-----	-----	-----
Total	2a	1b, 1c	1a, 1b	1c1, 1c2	1b, 1?
Zona E.					
H	-----	-----	-----	-----	-----
Total	-----	-----	-----	-----	-----
Zona N.					
I	1a	1b	1b	1b	1b
J	1b	1b	1b	1a	1b
Total	1a, 1b	2b	2b	1a, 1b	2b
Zona O.					
K	1c	1b	1b	1b	1c
L	1b	1a	1b	1a	1b
Total	1b, 1c	1a, 1b	2b	1a, 1b	1b, 1c
Total	4a 4b 2c	6b 3a 2c	8b 1a	4b 3c1 2a 2c2	7b 1c 1?

ÁMBITO EDUCATIVO: TRABAJADOR SOCIAL DEL EQUIPO DE A.T.

EQUIPO	PREGUNTAS (Trabajador Social)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Zona C.					
A	1a	1a	1b	1a	1b
B	1a	1a	1b	1a	1b
C	-----	-----	-----	-----	-----
D	1a, 1b, 1c	1b	1b	1a	1b
Total	3a, 1b, 1c	2a, 1b	3b	3a	3b
Zona S.					
E	1a	1b	1b	1a	1b
F	1a, 1b	1a, 1b, 1c	1b	1b	1c
G	-----	-----	-----	-----	-----
Total	2a, 1b	2b, 1a, 1c	2b	1a, 1b	1b, 1c
Zona E.					
H	-----	-----	-----	-----	-----
Total	-----	-----	-----	-----	-----
Zona N.					
I	1b	1b	1b	1a	1b
J	1a	1b	1?	1a	1b
Total	1a, 1b	2b	1b, 1?	2a	2b
Zona O.					
K	1a	1a	1b	1a	1b
L	-----	-----	-----	-----	-----
Total	1a	1a	1b	1a	1b
TOTAL	7a	5b	7b	7a	7b
	3b	4a	1?	1b	1c
	1c	1c			

EQUIPO	P6 (Trabajador Social)			
	A	B	C	D
Zona C.				
A	1(2)	1(3)	1(5)	1(4)
B	1(4)	1(4)	1(5)	1(3)
C	-----	-----	-----	-----
D 1?	1?	1?	1?	1?
Totales 1?	1(2), 1(4)	1(3), 1(4)	2(5)	1(3), 1(4)
Zona S.				
E 1?	1?	1?	1?	1?
F 1?	1?	1?	1?	1?
G	-----	-----	-----	-----
Totales 2?	1?	1?	1?	1?
Zona E.				
H	-----	-----	-----	-----
Totales	-----	-----	-----	-----
Zona N.				
I 1?	1?	1?	1?	1?
J 1?	1?	1?	1?	1?
Totales 2?	1?	1?	1?	1?
Zona O.				
K	1(2)	1(3)	1(4)	1(5)
L	-----	-----	-----	-----
Totales	1(2)	1(3)	1(4)	1(5)
TOTAL	2(2)	2(3)	2(5)	1(3)
5?	1(4)	1(4)	1(4)	1(4)
				1(5)

ÁMBITO SOCIAL: CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA**A) Con referencia a los servicios educativos**

C.A.T	PREGUNTAS (Referente a los S. Educativos)															
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Zona C																
A	b	a	c	abc	e	a	abc	a	T	*	abc	ab	a	b	ad	b
B	a	b	b	a	a	a	b	a	b	*	b	c	?	d	a	c
C	b	a	b	c	boef	a	c	c	bd	*	ab	c	?	b	ab	bd
D	a	a	a	ac	T	a	bc	c	T	*	ab	b	a	b	ae	bc
E	a	a	b	ac	bce	a	c	a	cd	*	abc	c	?	b	a	b
Total	3a	4a	3b	4a	4e	5a	4c	3a	4b	*	5b	3c	3?	4b	5a	4b
	2b	1b	1a	3c	3b		3b	2c	4d		4a	2b	2a	1d	1b	2c
			1c	1b	2c		1a		3c		2c	1a			1d	1d
					2a				2a						1e	
					1d											
Zona S																
F	b	b	b	ab	?	c	b	?	cde	*	ab	c	?	d	e	cd
G	a	a	b	c	bodef	a	bc	c	cde	*	ac	b*	ab	b	abe	bcd
H	a	b	a	ac	bef	b	ac	a	bode	*	ab	b	ab	b	ad	bcd
I	a	b	b	c	bcd	b	c	a	cd	*	ab	b	a	b	abc	bd
J	c	b	b	ac	ad	a	c	a	bode	*	abc	ab	a	b	ab	b
K	a	b	a	ac	be	b	ab	a	de	*	ab	b	?	c	a	b
Total	4a	5b	4b	5c	4b	3b	4c	4a	6d	*	6a	5b	4a	4b	5a	5b
	1b	1a	2a	4a	3e	2a	3b	1c	5c		5b	1c	2b	1c	3b	4d
	1c			1b	3d	1c	2a	1c	5e		2c	1a	2?	1d	3e	2c
					2c				2b						1d	
					1a											
					1f											
					1?											
Zona E																
L	a	b	b	a	a	b	c	a	ade	*	ab	c	?	d	a	a
M	a	a	b	c	acdf	b	bc	c	de	*	abc	b	ab	b	ab	abc

Total	2a	1b 1c	2b	1a 1c	2a 1c 1d 1f	2b	2c 1b	1a 1c	2d 2e 1a	*	2a 2b 1c	1b 1c	1a 1b 1?	2b 1b	1a 1b	2a 1b 1c
Zona N																
N	a	b	b	ac	a	a	c	a	cde	*	ab	c	?	b	ae	b
Total	1a	1b	1b	1a 1c	1a	1a	1c	1a	1c 1d 1e	*	1a 1b	1c	1?	1b	1a 1e	1b
Zona O																
Ñ	a	a	a	ac	T	a	bc	c	bode	*	abc	b	b	b	abe	c
Total	1a	1a	1a	1a 1c	1a 1b 1c 1d 1e 1f	1a	1b 1c	1c	1b 1c 1d 1e	*	1a 1b 1c	1b	1b	1b	1a 1b 1e	1c
TOTAL	11a 3b 1c	8b 6a 1c	10b 4a 1c	12c 11a 2b	8a 8b 8c 8e 7d 7f 1?	9a 5b 1c	12c 7b 3a	9a 5c 1?	14d 11e 10c 7b 3a	*	14a 14b 6c	9b 6c 2a	7a 7? 4b	11b 3d 1c	14a 6b 6e 2d	11b 7c 5d 2a

C.A.T	PREGUNTAS (Referente a los S. Educativos)	
	P10	P12
Zona C		
A	a) Escuelas infantiles, colegios b) Psicólogo., Profes. Apoyo, Logope., etc.	Hoja de derivación
B	a) Equipo Multiprofesional de zona	?
C	a) Equipo de A. T b) Psicólogo., Pedagogo, Trabaja. Socia.	?
D	a) Equipo de A. T. b) Componentes del Equipo y educadores	?

E	a) Escuelas infantiles, guarderías, Equipos de A.T. y EOPS	?
Zona S		
F	a) Equipo de A. T. b) Psicólogo y Trabaj. Social	?
G	a) Equipo de A.T. y logopedas b) Profesor., psicólogo. y Trabaj. Soci.	De coordinación
H	a) Equipo de A.T., EOPS, Guarderías zona b) Miembros de estos servicios	?
I	a) Equi. Psic. y algunos profesor. por interés b) Trabaj. Soci. y Psicólogo.	?
J	a) Equipo de A.T.	?
K	a) Equipo de A.T. b) Trabaj. Soci., maestros, psicólogo, etc.	?
Zona E		
L	a) Equipo de A.T. y centros de E.E. b) Trabaj. Soci. y Psicólogo.	?
M	?	?
Zona N		
N	a) Equipo de A.T., Guarderías y colegios b) Psicólogo., Trabaj. Soc. y Logop.	?
Zona O		
Ñ	a) Equip. Psicoped. ayuntam.; Equipo de zona, guarderías y colegios.	?

B) Con referencia a los servicios sanitarios

C.A.T.	PREGUNTAS (Referente a los S.Sanitarios)																	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16		
Zona C																		
A	a	b	b	abc	T-e	a	T	a	T	*	abc	c	c	d	af	acd		
B	a	b	b	a	b	b	b	a	a	*	b	c	?	d	e	b		
C	a	b	b	bc	bc	c	ac	a	c	*	ab	c	?	d	ae	bd		
D	a	b	b	ab	abd	c	b	?	T-a	*	?	c	?	d	?	bcd		
E	a	b	b	ad	b	b	c	a	d	*	abc	c	?	c	?	ab		
Total	5a	5b	5b	4a	5b	2b	3b	4a	3c	*	4b	5c	4?	4d	2a	4b		
				3b	2a	2c	3c	1?	3d		3a	1c	1c	2e	3d			
				2c	2c	1a	2a		2a		2c		1f	2a				
				1d	2d			2b	1?				2?	2c				
					1f			2e										
				1g														
Zona S																		
F	a	b	b	ab	bdf	b	b	a	cde	*	bc	c	?	d	e	cd		
G	a	b	b	bc	abd	c	b	b	c	*	ab	ab	bc	d	abe	bcd		
H	a	c	c	ab	bd	c	b	a	T-a	*	bc	ac	?	d	a	abcd		
I	a	b	b	a	df	b	bc	c	de	*	ab	c	b	d	af	def		
J	c	b	b	bd	ad	b	b	a	T-a	*	b	a	?	d	a	ab		
K	a	c	b	ab	b	c	ab	b	de	*	bc	c	?	d	a	bdf		
Total	5a	4b	5b	5b	5d	3b	6b	3a	5d	*	6b	4c	4?	6d	5a	5d		
				1c	2c	1c	4a	4b	3c		1a	2b	5e	3c	3a	2b	2e	4b
						1c	2a		1c		1c	4c	2a	1b	1c	1b	3c	
							2f					2b				1f	2a	
																	2f	1e
Zona E																		
L	a	b	c	a	bd	c	a	c	c	*	ab	c	?	d	a	c		
M	a	b	b	b	bc	c	b	c	de	*	c	c	?	d	a	abc		
Total	2a	2b	1b	1a	2b	2c	1a	2c	1c	*	1a	2c	2?	2d	2a	2c		
			1c	1b	1c		1b		1d		1b		1a					
					1d			1e	1c				1b					
Zona N																		

N	a	b	c	b	b	c	a	a	?	*	b	c	?	d	a	a
Total	1a	1b	1c	1b	1b	1c	1a	1a	1?	*	1b	1c	1?	1d	1a	1a
Zona O																
Ñ	a	b	b	T	abdf	b	bc	a	bce	*	bc	c	?	d	a	cd
Total	1a	1b	1b	1a	1a	1b	1b	1a	1b	*	1b	1c	1?	1d	1a	1c
				1b	1b		1c		1c		1c					1d
				1c	1d				1e							
				1f												
TOTAL	14a	13b	12b	11b	13b	8c	11b	9a	9d	*	13b	13c	12?	14d	11a	9d
	1c	2c	3c	10a	9d	6b	5a	3c	9c		7c	3a	3a	1c	4e	9b
				4c	5a	1a	5c	2b	9e		6a	1b	2c		2f	8c
				1d	3c			1?	5b		1?				1b	6a
				4f					2a						2?	2f
				1g					1?							1e

C.A.T	PREGUNTAS	
	P10	P12
Zona C		
A	a) Hospitales y centros de salud b) Trabaj. Soc., Pediatras y Neurólogos.	?
B	a) Equipo Multiprofesional de zona	?
C	a) Trabajo Social, Neurología y Neonatología. b) Médicos y Trabaj. Social	?
D	a) No hay relación	?
E	a) Hospitales que derivan a los niños b) Neurólogos, Oftalmólogos, Pediatras	?
Zona S		
F	a) Neonat., Neurop., Pediatras de zona b) Neonatólogos y Pediatras	?
G	a) Hospitales b) Neonatólogos y Neuropediatras	Derivación
H	a) Centros de Salud, Neuroped., Oftalm., ORL b) Médicos de estos servicios	Programa de Seguimiento de Prematuros del "H. 12 de Octubre"

I	a) Pediatría, Neonatología y Salud Mental b) Trabaj. Social. indirectam. con Pediatras	?
J	a) Neurología, Neonatología, Pediatría b) Especialistas de servicios y Trabaj. Soc.	Niños de Alto Riesgo
K	a) Hospitalario y Atención Primaria b) Tra. Soci. directa/ indirect., de la familia	?
Zona E		
L	a) Centro de Salud, Pediatría y Neonatolog. b) Trabaj. social, Psiquiatras y Pediatras	?
M	?	?
Zona N		
N	a) Centros de Salud b) Trabaj. Social de estos centros	?
Zona O		
Ñ	a) Neuro., Rehab., Pediat., Oftal., OLG b) Los propios de estos servicios	?

ÁMBITO SANITARIO: SERVICIOS HOSPITALARIOS

S.HOSPIT	PREGUNTAS																
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
S.Neurología																	
A	a	b	b	a	c	a	b	c	bcg	*	ac	c	?	d	abe	cd	*
B	a	c	c	a	b	b	b	c	bdf	*	c	c	?	d	e	bd	*
C	b	b	b	abc	bcd	a	bc	a	bf	*	bc	c	?	d	abe	abcd	*
D	a	a	a	T	bce	a	cd	c	abcf	*	ab	c	?	b	abe	ab	*
E	a	b	a	ac	d	b	bc	c	bfg	*	a	ac	?	a	?	bcd	*
F	b	c	c	a	c	a	b	c	T-ae	*	a	a	a	b	bc	d	*
G	a	b	b	b	b	c	b	b	bedg	*	c	c	?	d	?	b	*
Totales	5a	4b	3b	6a	5c	4a	6b	5c	7b	*	4a	6c	6?	4d	4a	5b	*
	2b	2c	2a	3b	3b	2b	2c	1a	7g		4c	2a	1a	2b	4b	5d	
		1a	2c	2c	2d	1c		1b	4c		2b			1a	4e	4c	
					1e				3d						2?	1a	
									2f								
									1a								
S.Neonatología																	
H	a	b	b	a	c	a	ab	c	ab	*	b	c	?	d	be	cd	*
I	a	b	b	T	cde	b	bc	c	bd	*	bc	bc	b	d	ab	b	*
J	a	b	b	a	ad	a	bc	c	abcd	*	ab	bc	bc	b	abe	be	*
K	a	c	c	a	a	c	a	b	bode	*	c	c	?	d	?	bode	*
L	a	b	b	a	c	a	b	b	d	*	b	b	b	d	e	f	*
M	a	b	a	b	bc	b	a	c	ad	*	ab	c	?	d	e	cd	*
Totales	6a	5b	4b	5a	4c	3a	4b	4c	5d	*	5b	5c	3b	5d	4e	4b	*
		1c	1c	2b	2a	2b	2a	2b	4b		2c	3b	3?	1b	3a	3c	
			1a	1c	2d	1c	2c		3a		2a				3b	3d	
				1d	1b				2c						1?	2e	
					1e				1e							1a	

TOTAL	11a	9b	7b	11a	9c	7a	10	9c	11	*	7b	11c	9?	9d	8e	9b	*
	2b	3c	3a	5b	4b	4b	b	3b	b		6a	3b	4b	3b	7a	8d	
		1a	3c	3c	4d	2c	4c	1a	8d		6c	2a	1a	1a	7b	7c	
				1d	2a		3a		7g						3?	2a	
					2e				6c							2e	
									4a								
									2f								
									1e								

S.HOSPIT	PREGUNTAS	
	P10	P17
S. Neuropediatria		
A	?	?
B	a) Oficiales b) Psicólogos y Fisioterapeutas	No hay
C	a) Equipo Multidisciplinar de área b) Psicólogo	?
D	a) AFANDEM, APANSA b) Psicólogo, Logopeda, Fisioterapeuta	?
E	?	?
F	?	?
G	a) APANID, ADEMPA	?
S. de Neonatología		
H	?	?
I	a) Informe escrito para CAT a través familia b) Estimuladores, fisioterapeutas, etc.	a) Sin nombre/ b) Mayo de 1990/ c) Consulta de Seguimiento Neonatal-CAT
J	?	?
K	a) INSERSO, AFANDEM b) Psicólogos, Logopedas y Fisioterapeutas	?

L	a) INERSO	?
M	a) APANID, ADEMPA b) Psicólogo, Trabajador Social	?

ANEXO 3

Entidades Participantes

ÁMBITO SOCIAL: CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

SUR	CENTRO	ESTE	NORTE	OESTE
ADEMPA	ADEMO	APHISA	APAMA	APASCOVI
AFANDEM	AFANIAS	ASTOR-REHTO		
APANSA	AEIPM			
ASPANDI	CENTRO BASE. 3			
ARANJUEZ ASOC	CENTRO BASE. 2			
PINTO ASOC				

ÁMBITO SANITARIO: SERVICIOS HOSPITALARIOS

SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA	SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
"H. Universitario San Carlos"	"H. Universitario San Carlos"
"H. 12 de Octubre"	"H. 12 de Octubre"
"H. de Móstoles"	"H. de Móstoles"
"H. de Getafe"	"H. de Getafe"
"H. La Paz"	"H. La Paz"
"H. Gregorio Marañón"	"H. Stª Cristina (Unidad de A.T.)"
"H. del Niño Jesús"	

ÁMBITO EDUCATIVO

Centros Escolares

CENTRO	SUR	ESTE	NORTE	OESTE
"E.I. Rosa"	"E.I. Adivinanzas"	"E.I. La Cañada"	"E.I. La Chopera"	"E.I. Galapagar"
"E.I. La Almudena"	"C. N. Chapinería"	"E.I. Charly Rivel"	"C. N. Miraflores"	"E.I. Talin"
"E.I. Morata. Este"	"E.I. Cascanueces"	"E.I. Platero"	"E.I. La Comba"	"E.I. El Tomillar"
"E.I. Vallehermoso"	"E.I. El Prado"	"E.I. Rayuela"	"E.I. El Olivo"	"C.N. Vademorillo"
"E.I. Zofio"	"E.I. Caleidoscopio"	"E.I. El Tambor"		
"E.I. El Carmen"	"E.I. Soto"	"E.I. Marionetas"		
"E.I. El Valle"	"E.I. Colores"	"E.I. Caña. Ardoz"		
"E.I. El Pilar"	"E.I. Los Abetos"			
"E.I. Flauta Dulce"	"E.I. Tris Tras"			
"E.I. El Caracol"				
"E.I. La Jara"				
"E.I. Carricoche"				
"E.I. Ori-Ori"				

Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana

CENTRO	SUR	NORTE	OESTE	ESTE
"E.A.T Hortaleza"	"E.A.T Getafe"	"E.A.T Alcobén.- San Sebastián de los Reyes"	"E.A.T Torredolo."	"E.A.T Arganda- Loeches"
"E.A.T San Blas"	"E.A.T Móstoles"	"E.A.T Colmenar Viejo"	"E.A.T Villanueva de la Cañada"	
"E.A.T Tetuán"	"E.A.T Navalcar."			
"E.A.T Villaverde"				

- Acosta, L.E.** (1979) *Guía práctica para la investigación y la redacción de informes*. Buenos Aires: Paidós
- Arnal, J.del Rincón, D.; Latorre, A.** (1992) *Investigación educativa. Fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor
- Asti Vera, A.** (1972) *Metodología de la investigación*. Madrid: Cincel
- Bisquerra, R.** (1989) *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC
- Bunge, M.** (1959) ¿Qué es un problema científico?. *Revista del Centro de Estudios de C.C. Naturales*. VI. 47
- Bunge, M.** (1985) *La investigación científica*. Barcelona: Ariel
- Cabrera, F. y Espín, J.V.** (1986) *Medición y evaluación educativas*. Barcelona: PPU
- Cortada de Kohan, N. y Carro, J.M.** (1969) *Estadística aplicada*. Buenos Aires: EUDEBA
- Festinger, L. y Katz, D.** (1975) *Los métodos de investigación en las C.C. Sociales*. Buenos Aires: Paidós
- Fox, D.** (1981) *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA
- Freedman, R.S.** (1981) *La investigación en las C.C. Sociales*, Vol. II. Madrid: Tecnos
- García Ramos, J.M.** (1989) *Bases pedagógicas de la educación. Guía práctica para educadores*. Madrid: Síntesis
- Hyman, H.** (1974) *Diseño elemental de encuesta*. México: Trillas
- Kerlinger, F.** (1975) *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana
- Labovitz, S. y Hagedorn, R.** (1975) *La investigación social y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Ateneo.
- Lazzarfeld, P.F. y Rosemberg, M.** (1955) *Principios generales para la clasificación de cuestionarios*. Illinois: Glencoe
- Nisbet, J.D. y Entwistle, N. J.** (1980) *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Oikos-Tau
- Pérez Álvarez, S.** (1980) *Metodología para la elaboración de monografías y tesis*. Buenos Aires: EUDEBA-CEA
- Pérez Álvarez, S.** (1991) *Las investigaciones exploratorias y descriptivas en las C.C. de la Educación*. Buenos Aires: Braga

Pérez Juste, R. (1981) *Pedagogía experimental. La medida en educación. Curso de adaptación.* Madrid: UNED

Van Dalen, D.B. y Meyer, W.J. (1971) *Manual de técnica de la investigación educacional.* Buenos Aires: Paidós

4ª PARTE

CONCLUSIONES Y POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

CAPÍTULO 12

CONCLUSIÓN Y POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

1. RESPUESTA AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La contrastación empírica nos ha permitido hasta el momento, con el objeto de encontrar una respuesta al problema de investigación, un acercamiento a la realidad en la que queda enmarcado dicho problema, un análisis de esta realidad a través de los datos obtenidos y una primera respuesta al mismo en *términos operativos*, fruto del contraste entre el planteamiento hipotético inicial y la realidad encontrada . Por último, nos queda el resultado final, que no es otro que, una respuesta en los mismos términos en los que fue planteado el problema y su planteamiento hipotético, es decir en *términos conceptuales*.

En el último apartado de la contrastación empírica llegábamos a una conclusión, la aceptación de la hipótesis general formulada en términos operativos:

"La Comunidad Autónoma de Madrid, en el ámbito de la Atención Temprana, carece de una actividad de comunicación entre las distintas instituciones implicadas, lo suficientemente intencional, formalizada, sistematizada y generalizada para poder constituir un sistema de comunicación interinstitucional"

Atendiendo al proceso de operativización que realizamos en su momento, concretamente en el capítulo 9, aceptar esta hipótesis suponía:

1º la aceptación de:

"la inexistencia de un sistema de comunicación interinstitucional como principal mecanismo de coordinación en el campo de actuación comunitario de la Atención Temprana"

2º Como consecuencia de este último planteamiento al ser aceptado, se acepta:

"la inexistencia de unas medidas técnicas de coordinación interinstitucional capaces de conformar este sistema de comunicación"

3º A su vez, al aceptación de este segundo planteamiento, supone la aceptación de:

"la inexistencia de una coordinación interinstitucional capaz de sustentar un proceso de derivación, de intercambio y contraste de la información y de complementariedad de la acción entre los distintos organismos implicados en la actividad sanitaria y la psicopedagógica, que dé paso a la consolidación de un sistema concreto de actuación en el ámbito comunitario de la Atención Temprana"

4º Por último, como último paso al marco conceptual, la aceptación del anterior planteamiento, supone la aceptación de la hipótesis sustantiva o conceptual planteada inicialmente como la posible respuesta al problema de la investigación:

"En la CAM no existe un sistema de coordinación interinstitucional que, favoreciendo la interdisciplinariedad, permita la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de actuación sanitaria y el psicopedagógico en su tarea de detección, diagnóstico e intervención en la población de 0-3 años con deficiencia o alto riesgo frente a la misma, o lo que es lo mismo, en el ámbito de la Atención Temprana"

2. CONCLUSIONES MÁS DESTACADAS A PARTIR DEL RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

Las conclusiones más importantes tras un estudio, principalmente si su carácter es descriptivo y aplicado, no son únicamente la aceptación o rechazo de la o las hipótesis, las que a su vez han desempeñado un papel decisivo en la guía del mismo, sino todo aquello que se desprende a lo largo de su contrastación. Por tanto, no cabe duda que los resultados obtenidos a partir del análisis de una realidad sometida a estudio nos pueden ofrecer un amplio abanico de posibilidades frente a la mejora de la misma.

Nos encontramos ante la aceptación de una hipótesis donde queda implícita, a nivel general, la inexistencia de un sistema de coordinación interinstitucional comunitario en el ámbito de la Atención Temprana y, concretamente, entre la institución social y educativa por un lado, y entre la institución social y sanitaria por otro. Pero ello no significa la inexistencia de cualquier nivel de coordinación, sino simplemente que en ninguna de las dos dimensiones se han alcanzado los *deseados niveles de coordinación interinstitucional*, los que no dejan de ser unos "determinados" niveles de coordinación, requisito imprescindible de cara a aceptar o rechazar la hipótesis planteada a partir de un marco teórico-práctico de la Atención Temprana y a su análisis.

Una vez asumida la inexistencia de estos niveles de coordinación nos queda contemplar, ¿existe algún tipo de coordinación entre alguno de estos ámbitos institucionales?, ¿cuáles son entonces los niveles alcanzados?, ¿cuál es el punto en el que se encuentran estas institucionales en materia de coordinación?, ¿cuál es la distancia que los separa con los niveles deseados?, ¿cuáles son las posibilidades y limitaciones que les ofrece su realidad de cara a reducir estas distancias?.

De momento, los resultados de la investigación nos sitúan ante dos realidades muy distintas entre sí, la coordinación entre los servicios de la institución social y la institución educativa, y la coordinación entre los servicios de la institución social y la institución sanitaria. Ambas, producto de su propia historia y trayectoria, que no son otras que su propia realidad, han desarrollado de muy diferente manera sus mecanismos de coordinación; pero también será su propia realidad la que, de alguna manera, delimite sus posibilidades de cara a su futuro desarrollo, algo que no podemos olvidar si aspiramos a introducir alguna modificación que mejore los mecanismos de coordinación existentes. Será importante plantear alternativas que, persiguiendo una misma meta, sean producto del análisis de cada una de estas realidades, de sus niveles alcanzados y de sus posibilidades de desarrollo, buscando la adaptación a sabiendas que los mecanismos utilizados, aun para perseguir la misma meta, sean diferentes entre sí.

Veamos, por tanto, a partir de los resultados obtenidos y a modo comparativo, cuál es el tipo de coordinación mantenida por cada uno de estos ámbitos en base al nivel alcanzado, cuáles sus características y cuáles sus posibilidades de modificación, cambio y acercamiento a los niveles esperados.

A. A nivel global de servicios

1. Los niveles de coordinación alcanzados entre los servicios sociales-educativos y los servicios sociales-sanitarios son diferentes entre sí. Podemos hablar de un mayor nivel de coordinación entre los sociales-educativos que entre los sociales-sanitarios. Está claro que una cosa son las posibilidades que ofrece una relajación entre dos campos con una mayor afinidad entre sí, en cuanto a objetivos, finalidades y metodología de trabajo, como es el caso del ámbito educativo y el ámbito social de intervención temprana, ambos marcados por una línea de intervención de naturaleza psicopedagógica, que entre dos campos con un distanciamiento mayor en estos

aspectos, como es el ámbito social de intervención temprana y el ámbito sanitario. Situación ampliamente abordada en distintos momentos del proceso de la investigación.

2. Estas diferencias vienen marcadas fundamentalmente por una menor disponibilidad e intencionalidad comunicativa de los servicios sanitarios que los propiamente sociales o centros de Atención Temprana. Prueba de ello es un mayor llamamiento de los centros de Atención Temprana a las necesidades de establecer una comunicación con el ámbito sanitario que a la necesidad de establecerla con el ámbito educativo. Probablemente debido a que perciben mejores niveles de comunicación con los servicios educativos, capaz de cubrir en mayor medida sus necesidades, que con los sanitarios; o bien a que realmente valoran como más importante la comunicación con los servicios sanitarios para el desempeño de su tarea. Sea lo que sea, lo que está claro es que, desde el ámbito social, se reclama con mayor intensidad la necesidad de establecer unos mecanismos de coordinación con los servicios sanitarios, producto, en última instancia, de un bajo nivel de la misma. En los siguientes apartados vamos a tener lugar de acercarnos a una respuesta, la que a lo mejor se encuentra en una postura intermedia entre ambas.

B. A nivel de coordinación entre servicios sociales y educativos

A niveles generales, existe una buena *disponibilidad e intencionalidad* comunicativa a partir de ciertos grados de sensibilización ante la misma. Quizás sea la dimensión o el elemento en el que más altas cuotas se alcanzan en cuanto a un sistema de comunicación se refiere. Es importante hacer una breve referencia, como criterio significativo de sensibilización, al alto nivel de participación de estos servicios en el estudio, principalmente de los servicios educativos, quedando algo mermada la participación social debido a la baja incidencia de los centros de naturaleza pública ya que la

participación de los centros pertenecientes a las asociaciones comunitarias sin ánimo de lucro ha sido bastante significativa. Un aspecto también importante a señalar es que una intencionalidad o disponibilidad a la comunicación no sólo es producto de una sensibilización, sino de un conocimiento; sólo el conocimiento sobre las posibilidades que puede ofrecerte una realidad te hará sensible a ella; sobre todo, a la hora de argumentar los mayores niveles de sensibilización entre los profesionales del EAT frente a los puramente escolares, o entre los profesionales que asumen una función más global y general en el contexto educativo que una función más específica y cercana al aula.

Producto de esta intencionalidad comunicativa encontramos ciertos grados de *formalización* de esta comunicación, no extensible a todos los servicios, pero sí a gran parte de ellos; más como fruto de esta intencionalidad y voluntariedad de acercamiento de los profesionales de estos servicios que como fruto de un convenio o programa específico de colaboración, o como producto o argumento de una actividad comunicativa sistematizada, prueba de ello es:

- La disponibilidad y accesibilidad de los distintos profesionales de los servicios en mantener esta relación y la formalización de la relación pese a la inexistencia de un convenio o programa específico de colaboración, como uno de los elementos que mayor éxito aportan a los actuales niveles de coordinación mantenidos.
- La inexistencia de un programa específico de coordinación entre servicios, e incluso a nivel interinstitucional, como uno de las presumibles limitaciones de esta coordinación.
- Los bajos niveles, como la dimensión más afectada en cuanto a sistema de comunicación se refiere, de sistematización de la actividad comunicativa, tal y como comprobaremos seguidamente; donde influye, la mencionada inexistencia de un programa o convenio específico y la falta de recursos y tiempo de los profesionales, como otra de las grandes limitaciones de esta coordinación, afectando notoriamente en sus posibilidades de sistematización.

Es en la *sistematización de la actividad comunicativa*, el nivel más alto de una comunicación para conformar un sistema, en el que más limitaciones existen en esta relación, probablemente como fruto de un nivel de la comunicación todavía no alcanzado o alcanzado sólo de la forma más elemental, en función de la improvisación del momento que va reproduciéndose año tras año. Una vez alcanzado ciertos niveles de sistematización, sean o no los más idóneos, se carece del tiempo y los recursos suficientes para mejorarlos una vez adquiridos.

- Todavía se carece de un claro elemento de la comunicación en el ámbito educativo, donde las nuevas tendencias en el papel desempeñado por los distintos servicios educativos en el proceso de integración todavía tienen mucho que decir al respecto.
- La modalidad comunicativa utilizada todavía es producto de la falta de reflexión y análisis por ambas partes, y de forma conjunta, sobre la verdadera finalidad de la transmisión de la información, de las posibilidades que ésta puede ofrecer a partir de la delimitación de su contenido, repercutiendo no sólo en el contenido de la comunicación, sino, en los canales utilizados para la misma.

C. A nivel de coordinación entre servicios sociales y sanitarios

Dentro de esta relación encontramos serios problemas de *disponibilidad y accesibilidad* entre los profesionales de los servicios que la configuran, principalmente del ámbito sanitario, no tanto a nivel de sensibilización, la que aparentemente existe, como a nivel del alcance que tiene esta sensibilización entre el personal sanitario. La mayor parte de servicios hospitalarios reconocen la importancia que para su labor tiene lo transcurrido en los centros de Atención Temprana, pero ¿hasta qué punto reconocen esta importancia?, ¿hasta qué punto están dispuestos a implicarse en esta relación?. De hecho,

los niveles de participación de los servicios de Neuropediatría y Neonatología, a excepción de los de Rehabilitación Infantil, han sido bastante buenos, por no decir excelentes. Lo que está claro es que los resultados que seguidamente vamos a contemplar no se corresponden con los niveles de sensibilización expresados.

Los profesionales sanitarios manifiestan que una de las limitaciones en la coordinación con los centros de Atención Temprana es la falta de tiempo y recursos, pero también así lo expresan los profesionales de estos centros; sin embargo, en ellos encontramos un mayor nivel de intención y disponibilidad comunicativa; algo reconocido por los propios servicios sanitarios, los que expresan que uno de los mayores éxitos de la coordinación mantenida con los CAT es esta disponibilidad y accesibilidad de sus profesionales; algo que no ocurre a la inversa, es más, desde los CAT, la accesibilidad y disposición de los profesionales de la salud se contempla como uno de los elementos más importante en cuanto a la limitación en el actual sistema de coordinación establecido, considerando algunos que la juventud de los médicos favorece notablemente esta disposición.

Prueba de esta falta de intencionalidad y disponibilidad comunicativa por parte de los servicios sanitarios es el reducido nivel de *formalización* de esta relación respecto a la mantenida con los servicios educativos, fuera de la naturaleza que fuera. El tipo de relación es más bien producto de unos contactos esporádicos en función de las necesidades del momento. Sólo en el ámbito de seguimiento y control de niños prematuros y bajo peso al nacimiento, principalmente desde los servicios de Neonatología, y en el de la derivación hospitalaria al CAT, encontramos algún tipo de *formalización* en la relación establecida a través de algún convenio o programa específico de colaboración, principalmente como iniciativa sanitaria. Pese a que esta formalización sólo responde a una parcela o parcelas específicas de la intervención, como es el área de la derivación sanitaria y el área de seguimiento y control de los niños nacidos pretérmino o con bajo peso, es destacable como primer paso en un acercamiento entre ambos campos de actuación, otra cosa muy distinta sería cuestionar las posibilidades que esta

formalización ofrece a la sistematización de la actividad comunicativa y, en última instancia, a la configuración de un sistema de comunicación entre ambos, sanitario y social, aunque sólo sea en éstas parcelas de la intervención.

Si en la relación servicios sociales-educativos, en lo que se refiere a la *sistematización de la actividad comunicativa*, encontrábamos las mayores lagunas del sistema de la comunicación, en esta relación todavía las encontramos con mayor facilidad. Dentro del ámbito sanitario carecemos de un claro elemento de la comunicación. Por un lado, muchas veces, fruto de uno de los principales objetivos de la comunicación existente, como es la derivación, actúa de punto de conexión un elemento indirecto, como es el Trabajador Social de estos servicios; por otro lado, no siempre la relación mantenida con ellos es a través de un contacto directo con los médicos de la Atención Especializada u hospitalaria, sino a través de los profesionales de la Atención Primaria, como son los Pediatras, lo que también puede ser importante, pero, ¿realmente sirven como elementos de comunicación de todo lo que acontece en el ámbito sanitario, donde la atención especializada juega un decisivo papel en determinados momentos de la intervención en el CAT?

Las posibilidades de reflexión y análisis de aquella información más decisiva para uno y otro punto de la comunicación, apenas tiene lugar. La transmisión de información desde el ámbito sanitario suele tener lugar prioritariamente atendiendo a un formato de informe clínico ya establecido o a una hoja de derivación en los casos susceptibles de tratamiento psicopedagógico específico en los servicios sociales, pero no adaptado a las verdaderas necesidades de los CAT, donde se puede perder, no sólo un contenido importante, sino el significado y la contrastación del mismo ya que nos encontramos ante un mecanismo de comunicación unidireccional y no bidireccional, como debe de ser la transmisión de información en todo sistema de comunicación. También desde la parte sanitaria se reclama cierta inadecuación de la información transmitida por los CAT a sus servicios, una prueba más, aunque parezca paradójico, de la incomunicación entre ambos. Todo ello

repercute en los canales de comunicación utilizados, principalmente el más básico y elemental como es el familiar, reflejo de la relación indirecta que suele tener lugar.

Cabría preguntarnos, hasta qué punto la utilización del informe clínico a través de la familia no es producto de la premisa sanitaria en la que no se puede ofrecer una información al exterior sin el previo consentimiento familiar; aspecto delicado y susceptible no sólo de mención sino de tratamiento, ya que es algo que puede tener una incidencia muy importante en el contexto de la coordinación interinstitucional.

La elemental modalidad comunicativa utilizada no es más que un producto de todas estas circunstancias nada favorecedoras al establecimiento de una actividad comunicativa sistematizada y, por tanto, de un sistema de comunicación eficaz en el ámbito de la Atención Temprana a partir de la relación establecida entre servicios sociales, CAT, y servicios sanitarios, Neuropediatría y Neonatología, comunitarios.

Como dato importante y alentador cabría señalar la insistencia por parte de los servicios sanitarios en proponer la falta de un tipo de programa o convenio específico de colaboración entre sus servicios y estos centros, o a nivel institucional, como una limitación de la en materia de coordinación con los servicios sociales o CAT.

3. POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Una vez obtenidas las consecuencias más importantes, nos encontramos en disposición de proponer aquellas líneas de actuación más significativas en la modificación y mejora de la realidad sometida a estudio.

3.1 POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS Y LOS SERVICIOS SOCIALES O CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

A. Concreción y delimitación de los elementos o puntos de conexión de la comunicación del ámbito educativo

Atendiendo a la diversidad de servicios y profesionales educativos, encargados en los últimos años de hacer frente a la rápida incorporación de la Educación Infantil como etapa del actual Sistema Educativo, así como a la incorporación de la integración como proceso que introduce una nueva vertiente de naturaleza psicopedagógica, es importante reflexionar sobre el papel que hasta el momento vienen desempeñando estos servicios y profesionales en dicho proceso y cuál, por tanto, su implicación en el ámbito de la Atención Temprana.

Hasta hace unos años, la incorporación del proceso de integración supuso la incorporación de una modalidad educativa paralela a la ordinaria, caracterizada fundamentalmente por una intervención específica e individualizada, prueba de ello fueron la divulgación de los Programas de Desarrollo Individual (P.D.I.), y de fuerte carácter psicopedagógico, para lo que se dispuso un grupo de profesionales preparados para tal fin, el Equipo Psicopedagógico de Apoyo a la escuela. Los miembros del Equipo, por un lado, llevan a cabo una labor específica en la valoración e intervención en los casos de n.e.e. Al mismo tiempo, por otro lado, el profesorado, algo perdido ante las nuevas demandas de las n.e.e. de su aula, cubre una función en el contexto del aula, muchas veces, de forma paralela a la diseñada por el equipo. La distancia entre equipo y profesorado, en ocasiones, se convierte en algo más que evidente.

Esta situación lleva a los centro de Atención Temprana o CAT, en unos primeros momentos, a cierta confusión en cuanto a quién o quiénes son los elementos o puntos con los que se debe establecer un contacto en el ámbito escolar de cara a realizar un seguimiento sobre aquellos niños que a su vez están escolarizados. Por un lado, el profesor puede aportar una información muy valiosa en cuanto al desenvolvimiento y evolución del niño en el contexto escolar, relación con los demás niños, autonomía personal, etc., pero por otro lado, los miembros del equipo son quienes muchas veces aportan la información en cuanto a la valoración de las n.e.e., las características de la intervención y la respuesta a la misma. Todo ello ha venido diversificando los puntos o elementos educativos con los que hasta el momento han venido contactando y estableciendo una relación los CAT, repercutiendo negativamente en la necesaria concreción y delimitación de un elemento de la conexión propio de un sistema de comunicación, no uno cualquiera, sino el más idóneo y pertinente para el objetivo que se persigue con la misma, y a la vez unificador de la información más significativa que tiene lugar en el contexto educativo, a partir del cuál se pueda establecer una sistematización y formalización.

En los últimos años surge una nueva tendencia entorno al papel desempeñado por los distintos servicios y profesionales educativos en el proceso de integración, favorecedor de un mayor acercamiento entre equipo y miembros de la escuela, de una unificación de funciones y un predominio de la vertiente puramente educativa frente a la psicopedagógica, la que pasaría a ocupar un segundo lugar como pilar o base de la intervención educativa y no sólo ante los casos de n.e.e. El PDI o Programas de Desarrollo Individual dejan paso a las adaptaciones curriculares en el contexto del aula, la doble intervención de profesionales del equipo y educadores, con cierto protagonismo de los miembros del equipo en el tratamiento específico de las necesidades de los niños integrados, deja paso a una unificación de la intervención, donde el protagonismo lo asume los profesionales escolares a través de las adaptaciones curriculares como diseño de la intervención. Los miembros del equipo también pasan a un segundo lugar,

asumiendo, a partir de su formación psicopedagógica, un papel más de orientación y asesoramiento en la tarea de los profesionales de la escuela que una intervención específica y al margen de lo puramente escolar. Ello implica, por parte de los profesionales del equipo, un mayor acercamiento al contexto escolar y una adaptación de la vertiente psicopedagógica al mismo, posibilitando una visión mucho más amplia y global del proceso educativo del niño.

El equipo se convierte de esta manera en el punto o elemento del ámbito educativo más idóneo de cara a establecer un contacto o comunicación con el ámbito social o centro de Atención Temprana donde los niños escolarizados reciben algún tratamiento específico. Por su formación psicopedagógica es el elemento mediador más importante por su capacidad de filtrar la información más significativa del contexto educativo para ser transmitida al CAT, a la vez que la de recopilar lo más significativo de lo transcurrido en estos centros para introducirlo en el contexto educativo a través de su vertiente psicopedagógica de apoyo y base al diseño de la intervención que llevan a cabo los profesionales escolares.

Por tanto, una primera propuesta de intervención sería la consolidación del equipo psicopedagógico como elemento o punto de contacto en dicho sistema de comunicación como principal representante escolar o principal mediador entre el ámbito educativo y el social; pero no sin antes conseguir la ampliación y extensión definitiva del renovado papel de los servicios educativos en el proceso de la integración educativa, porque sólo así podrá cumplir la función esperada en dicho sistema de comunicación o de coordinación.

B. Generalización de la intencionalidad comunicativa a partir de una sensibilización

Pese a la buena disposición comunicativa, fruto de la sensibilización manifestada por uno y otro ámbito, ésta no es extensible a todos y cada uno de los servicios, siendo así necesario algún tipo de medida que incremente y amplíe la disponibilidad comunicativa de cada uno de los servicios.

Está claro que la medida más importante en materia de sensibilización es la formativa, aludiendo inevitablemente a la formación inicial, pero sin olvidar que a corto plazo, esperando un cambio más o menos mediano, es la menos efectiva. Por ello necesitamos una propuesta con una incidencia a más corto plazo, como pueden ser la organización de encuentros entre los servicios de uno y otro ámbito, donde se lleve a cabo un intercambio de información sobre las funciones específicas de cada uno en el campo de la Atención Temprana, no olvidemos que el conocimiento es el primer paso de la sensibilización, así como las posibilidades que el intercambio de información puede ofrecer, no sólo para la tarea desempeñada en cada servicio, sino para el propio niño.

Estos encuentros pueden estar dirigidos por personal preparado para tal fin y en base a un programa específico de sensibilización en el terreno de la interdisciplinariedad. Bien a un nivel más básico, como iniciativa específica entre servicios próximos, iniciativa propia de uno o algunos de ellos que realizan el acercamiento; bien a un nivel institucional, como iniciativa de zona, propia de un programa específico de Concejalía de asuntos sociales y educativos a nivel municipal; bien a un nivel mucho más amplio como es el comunitario, el que podría suscitar para su concreción programas más específicos como son los de zona y municipales. Estos programas pueden ser fruto de una mayor a una menor elaboración, en función de los objetivos y la organización que lleve implícita.

C. Formalización y sistematización de la actividad comunicativa

Los niveles de formalización existentes son más producto de una continuidad y asiduidad en la relación que de un convenio o programa específico de colaboración, el que exigiría un mayor compromiso e implicación en materia de coordinación y, por tanto, una mayor sistematización de la actividad comunicativa o de la coordinación establecida.

Como propuesta para ampliar y extender esta formalización y, por tanto, la sistematización, sería importante incorporar ciertos requisitos:

1. Un compromiso por cada uno de los servicios bajo la aceptación de un programa concreto de colaboración, donde se establezcan de mutuo acuerdo la finalidad y objetivos a conseguir en la relación, así como las bases metodológicas más elementales de dicha colaboración. Este programa puede surgir desde un nivel comunitario, como propuesta de naturaleza interinstitucional entre Consejería de los Servicios Sociales, en el área de Atención Temprana y la Consejería de Educación, en el área de la Educación Infantil, suscitando una concreción a nivel de zona o municipio, o bien directamente surgir de la zona o municipio en el que se encuentra conexos un grupo de estos servicios. El programa podrá ser un pequeño esbozo o diseño de lo que será la programación específica de una actividad comunicativa o de coordinación, asegurando así la bases de la sistematización de dicha actividad y la homogeneidad de la misma a nivel comunitario o de sector.
2. Un espacio y un tiempo de los profesionales de los distintos servicios para tal fin.
3. Por último, y lo que puede ser más importante, un encuentro o reunión entre los profesionales de estos servicios o representantes de los mismos entre los que existe la atención a una población en común, donde se diseñará y pondrá en

marcha, bajo unos criterios de mutuo acuerdo y en base a las propuestas del programa o convenio de colaboración, un plan de coordinación concreto adaptado a la realidad en la que se encuentran inmersos: profesionales que establecerán dicha relación, contenido específico a transmitir, canal de la comunicación y modalidad en la que se basará la comunicación. Este programa deberá ser susceptible de revisión evaluación y modificación cada cierto tiempo.

3.2 POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS, SERVICIOS HOSPITALARIOS, Y LOS SERVICIOS SOCIALES O CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

A. Generalización de la intencionalidad comunicativa a partir de una sensibilización

Intervenir sobre la intencionalidad comunicativa del ámbito sanitario quizás se convierta en una de las cuestiones más difíciles, pero a la vez más importante si tenemos en cuenta la amplia demanda que surge desde los centros de Atención Temprana. Quizás aquí, la formación inicial sea de una de las propuestas que más posibilidades pueda ofrecer, por lo menos como primer paso en la apertura y acercamiento hacia este campo de actuación. Lógicamente sus efectos son más a largo plazo, pero atendiendo a los niveles en los que actualmente nos situamos es lógico esperar un proceso más lento y difícil con respecto al educativo. Prueba del peso que tiene la formación inicial y que ésta, de alguna manera, comienza a incorporar una apertura hacia otros campos de actuación, es la mayor intencionalidad y disponibilidad comunicativa encontrada en el personal sanitario más joven.

Pese a todas las dificultades sería importante, de la misma manera que en la extensión de la sensibilización entre estamentos sociales y educativos, llevar a cabo encuentros interdisciplinarios que facilitaran el acercamiento de los profesionales y el conocimiento mutuo de la labor desempeñada y la implicación en los otros campos de actuación, bien a través de programas comunitarios de los que se desprendieran iniciativas a nivel de los distintos servicios hospitalarios, concretamente de los más directamente relacionados con el ámbito de la Atención Temprana, y los servicios sociales próximos o anexos a la zona en la que queda ubicado el hospital, bien directamente como iniciativa de alguno de estos servicios hospitalarios y los CAT de la zona. Quizás el nivel de respuesta y participación fuera inferior al obtenido en el ámbito educativo, pero por lógica, atendiendo a la distancia profesional, es de esperar una mayor lentitud en este proceso, no por ello menos válido.

B. Formalización y sistematización de la actividad comunicativa

La poca formalización existente en la actualidad es más producto de una iniciativa concreta de algún servicio hospitalario en una parcela concreta de la Atención Temprana y de un aspecto susceptible de comunicación, de carácter direccional, como es la derivación sanitaria al CAT, que producto de un programa o convenio capaz de abordar cada uno de los aspectos y elementos propios de un sistema de comunicación de naturaleza bidireccional; por tanto, podemos asegurar que la sistematización actual de esta relación se reduce a un mecanismo de derivación y a una transmisión de *informe clínico*, más como intencionalidad familiar que como intencionalidad sanitaria.

La propuesta de cara a mejorar o incorporar cierta formalización y sistematización de la actividad comunicativa emprendida entre estos dos ámbitos, de la misma manera que con respecto al educativo, se encuentra en base a los siguientes requisitos:

1. Un programa o convenio de colaboración entre los distintos servicios hospitalarios implicados más directamente en el ámbito de la Atención Temprana y los servicios sociales, en el que se propongan unos objetivos y finalidades de la comunicación más allá de la mera derivación, las bases y directrices de la sistematización de esta actividad; donde se aborde no sólo el contenido de la información más importante a transmitir, sino, la adecuación de esa información a las necesidades de cada servicio y la posibilidad de establecer este intercambio al margen de la propia familia.
2. Un espacio y un tiempo de los profesionales de los distintos servicios para tal fin.
3. Reunión o encuentro entre cada uno de los servicios de un determinado hospital, jefes de servicio, y los CAT, a través de los coordinadores o directores, a los que normalmente acuden la mayor parte de la población atendida, que permita la concreción de este programa o convenio de colaboración. Se diseñará y pondrá en marcha, bajo unos criterios de mutuo acuerdo y en base a las propuestas del programa o convenio de colaboración, un plan de coordinación concreto adaptado a la realidad en la que se encuentran inmersos: profesionales que establecerán dicha relación, contenido específico a transmitir, canal de la comunicación y modalidad en la que se basará la comunicación. Este programa deberá ser susceptible de revisión evaluación y modificación cada cierto tiempo.

Este programa o convenio puede ser producto, bien de una iniciativa general de los servicios de Neonatología de la Comunidad de Madrid, o de los de Neuropediatría o de los de Rehabilitación Infantil, o bien simplemente de un servicio concreto dentro de un hospital, desde donde sale el programa y a la vez se lleva a cabo su concreción, en base a un diseño de actuación, y su puesta en marcha. Probablemente, atendiendo a los niveles en los que actualmente nos situamos, es más factible emprender una propuesta como incitativa específica de algún servicio hospitalario concreto, que una propuesta como

iniciativa global y generalizada de todo un área de servicios hospitalarios a nivel comunitario.

3.3 EL PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

No cabe duda, tal y como ha quedado reflejado, que las principales líneas de actuación y las de mayor trascendencia quedan en manos de una iniciativa de la administración, principalmente a nivel comunitario, convirtiéndose en la base de las propuestas específicas a nivel municipal, de sector o zona, y en la unificación y homogeneidad, no sólo del proceso de coordinación establecido, sino del propio sistema de Atención Temprana. Independientemente de una iniciativa general e interinstitucional por parte de la administración comunitaria, también la administración municipal, a falta de ésta como la base de la que se desprende su actividad, puede desarrollar un papel importante, quizás no con el carácter homogéneo y unificado de la comunitaria, pero sí con los mismos grados de efectividad siempre que parta de una adecuada propuesta de intervención.

Lo más importante es que una línea de actuación, independientemente que tenga un origen comunitario o municipal, no puede quedarse en meras formulaciones carentes de un diseño específico de intervención y de toda concreción, porque su repercusión en el campo de actuación será nulo; seguiremos hablando de la necesidad de coordinación, de la necesidad de emprender una actividad interdisciplinar, pero el profesional, a la hora de *intentar poner en marcha esta interdisciplinaridad se seguirá encontrando sin el tiempo ni los recursos suficientes, a veces sin una respuesta y otras, con un gran esfuerzo, ante una actividad de coordinación, supuestamente interdisciplinar, carente de toda formalización y sistematización, por tanto, carente de eficacia y con una repercusión en la calidad de la tarea desempeñada. Y lo que es más importante, seguiremos hablando de la Atención*

Temprana, pero no como sistema, sino como un conjunto de actividades emprendidas en distintos ámbitos profesionales, carente de unificación y coherencia, y por tanto, y lo que puede ser más grave, carente de la efectividad y la calidad suficientes.